الشخصية لدى الأطفال

دراسة في علم النفس الإكلينيكي

تأليف

د. سناء نصر حجازي

قسم تربية الطفل

كلية البنات - جامعة عين شمس

الطبعة الأولى

١٤٢٨هـ / ٢٠٠٨م

ملتزم الطبع والنشر

دار الفكر العربي

٩٤ شارع عباس العقاد- مدينة نصر- القاهرة

ت: ٢٢٧٥٢٩٨٤ - فاكس: ٢٢٧٥٢٧٣٥

٦ أ شارع جواد حسني - ت: ٢٣٩٣٠١٦٧

www.darelfikrelarabi.com

INFO@darelfikrelarabi.com

١٥٧,٩ سناء نصر حجازى.

س ن ش ح الشخصية لدى الأطفال. دراسة فى علم النفس الإكلينيكى / سناء نصر حجازى.- دار الفكر العربى، ١٤٢٨ هـ = ٢٠٠٨م.

٢٠٠ص: ٢٤ سم.

بيليوجرافية: ص ١٩٥ - ٢٠٠

تدمك: ٤ -٢٣٢٨-١٠- ٩٧٧.

١ - علم النفس العلاجى ٢ - الأطفال - علم نفس.

٣- الأمراض النفسية. ٤- الأمراض العقلية. ٥- الشخصية

أ- العنوان.

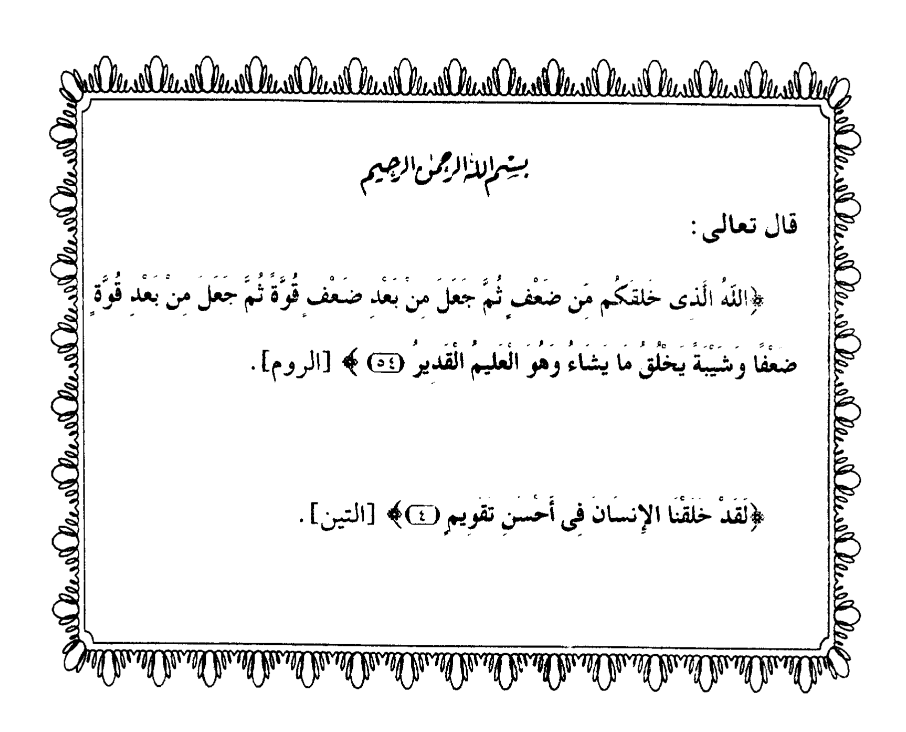
جمع إلكترونى وطباعة



التنفيذ الفنى

ثريا إبراهيم حسين

رقم الإيداع	٢٠٠٧/٢١٣٢٩
I.S.B.N الترقيم الدولى	977-10-2328-4



بسم الله الرحمن الرحيم

قال تعالى :

﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُم مِّن ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ (٥٤)﴾ [الروم].

﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ (٤)﴾ [التين].





مقدمة

الهدف من دراسة هذه المادة العلمية هو تعريف الطلاب بعلم النفس الإكلينيكى، أسسه ومبادئه بصفة عامة، ومبادئ وأدوات التشخيص الإكلينيكى وكيفية استخدام المواد العلمية فى التشخيص الناجح، وتتضمن مفردات هذه المادة:

- تعريفا بعلم النفس الإكلينيكى بوصفه علم وفن ومهارة فى عمل السيكولوجى الناجح ومهنة مع فريق عمل متكامل، ونشأة هذا العلم وتعريفه ومشكلاته.
- الاتجاهات المختلفة فى علم النفس الإكلينيكى.
- التشخيص والتنبؤ الإكلينيكى.
- أهم الاختبارات والمقاييس النفسية المستخدمة فى المجال الإكلينيكى وتفسير دلالاتها الإكلينيكية.

وعلم النفس الإكلينيكى علم حديث نسبيا، وهو لا زال فى دور النمو والتطور. ولقد تأثر فى نشوئه بمجالين هامين من مجالات الدراسة: المجال الأول، هو دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية والتخلف العقلى التى كانت تحظى باهتمام كثير من الأطباء الفرنسيين والألمان مثل لويس روستان، وجان شاركو، وإميل كرايبلين، وأرنست كريتشمر، وبيير جانيه وغيرهم. والمجال الثانى، هو دراسة الفروق الفردية التى حظيت باهتمام فرانسيس جالتون، وجيمس ماكين كاتل، والفرد بينيه، وتيوفيل سيمون، ومن جاء بعدهم من علماء النفس الذين اهتموا ببناء الاختبارات النفسية واستخدامها فى أغراض تطبيقية كثيرة.

ومر علم النفس الإكلينيكى فى تطوره بمراحل مختلفة. فقد كان اهتمام علماء النفس الإكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية مقتصرًا فى الأغلب على دراسة مشكلات الأطفال. وكانت وظيفتهم الرئيسية هى دراسة حالة الأطفال المشكلين، وتطبيق الاختبارات النفسية عليهم لقياس قدراتهم العقلية بغرض تقديم بعض التوصيات للآباء، أو المدرسين، أو الأطباء المعالجين، أو المؤسسات المسؤولة عن الأحداث الجانحين.

وحدث تطور كبير فى علم النفس الإكلينيكى أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها. فقد تسببت الحرب فى كثرة عدد المصابين باضطرابات نفسية، ووجد الأطباء أنهم لا يستطيعون لقلة عددهم مواجهة أعباء العلاج النفسى لهذا العدد الضخم من المصابين باضطرابات نفسية، مما أدى إلى زيادة الاهتمام بعلماء النفس الإكلينيكيين والالتجاء إليهم؛ ليساهموا فى علاج المصابين باضطرابات نفسية. وهكذا بدأ علماء النفس الإكلينيكيون يعنون بالعلاج النفسى للكبار، بعد أن كان معظم اهتمامهم مقتصرًا من قبل على العلاج النفسى للأطفال. مركزين على دراسة الشخصية الإنسانية فى سوائها وانحرافها.

فدراسة الشخصية دائمًا هى محاولة لوصف السمات الفردية للشخص من حيث طريقة التفكير، العواطف والسلوك. هذه السمات مع الدوافع النفسية من الوعى واللاوعى هى التى تشكل الشخصية للفرد وتميزه عن الآخرين. ووصف الشخصية هو عبارة عن صورة شخصية للمرء يقوم برسمها فنان بريشته قد يفسرها كل حسب ما يراه فى هذه الصورة المرسومة. هناك نظريات كثيرة، لا حصر لها تتحدث فى موضوع الشخصية. وقد كان موضوع الشخصية شاغلاً للعلماء فى مجالات شتى، كعلم النفس، وعلم الإنسان، وعلم الاجتماع وكثير من العلوم، حتى وصل الأمر إلى الطب النفسى، عندما بدأت الأمور تتجه إلى أن الشخصية هى جزء من السلوك والعاطفة والتفكير واضطرابها يعتبر مرضًا أو اختلالاً نفسيا يتعلق بعمل الطبيب النفسى، فتم إلحاق الشخصية واضطراباتها بالطب النفسى.

مع هذا كله فلا يزال بعض الأطباء النفسيين وعلماء النفس يعتبرون أن اضطراب الشخصية ليس مرضًا، وإنما هو اختلال ليس بالضرورة أن يكون مرضًا نفسيًا، وكما أسلفت فإن موضوع الشخصية لا زال محور نقاش فى الطب النفسى، هل اضطراب الشخصية هو مرض نفسى أم لا؟.

هناك صعوبة فى تعريف ما هى الشخصية الطبيعية، وإن كانت النظريات تميل إلى أن الشخصية الطبيعية هى مزيج من مختلف أنواع الشخصيات بصورة لا تشكل صعوبات حياتية للشخص، فقد تزيد أحد فروع الاضطرابات الشخصية عند شخص لكن ذلك لا يجعله يعيش فى حالة تصادم مع من حوله من أقارب أو زملاء عمل أو رؤساء أو أشخاص يعيش بالقرب منهم.



الفهرس

الموضوع	الصفحة

الباب الأول
علم النفس الإكلينيكى وبناء الشخصية

الباب الثانى
الأمراض النفسية والعقلية وعلاجها وتقويم الشخصية







الباب الأول

علم النفس الإكلينيكى وبناء الشخصية





الفصل الأول:

الشخصية Personality

أبعاد بنائها.. مكوناتها.. نموها

موضـوع الشخصيـة من أعقد الموضـوعات التى أهملها علمـاء النفس بينما كانت محل اهتمام علماء الطب العقلى وأصحاب مدرسة التحليل النفسى، وكانت اهتمامـاتهم توجه إلى دراسة الحالات الفردية، وهذه الـدراسة لا تؤدى فى النهاية إلى تكوين النظريات العامـة، أما الاتجاهات الحـديثة فى الدراسات السيكولوجـية فتولى دراسة الشخصية اهتمامًـا بالغًا، لدرجة أنها أصبحت تكون مادة مستقلة بين مناهج الدراسات النفـسية، حيث تشـمل الدراسات الجوانب المخـتلفة للشخصـية وكيفـية نموها، والعوامل المؤثرة فيـها، وكيفيـة قياسها، والنظريـات المختلفة التى وضعت لدراستها وتفسيرها.

وقديمًا كان العلماء يهتمون بالمظاهر الخارجية للشخصية وما يترتب عليها من سلوك مـعين يـؤثر على الأفراد الآخـرين.. أى أنهم اهتـمـوا بالسلوك الظاهر، وتجاهلوا المظاهر الداخلية للشخـصية التى تتضمن اتجاهات الفرد ودوافـعه وقيمه، وغير ذلك من السمات التى لا تظهر فى السلوك الخارجى بصفة مباشرة.

وقـد قيل بأن الشـخـصيـة هى: ذلك التنظيم المتكامل الديـنامى للصفـات الجسـدية والعقلية والنـفسية والخـلقية والاجـتماعـية والروحيـة للفرد، كمـا تبين للآخرين خـلال عملية الأخذ والعطاء فـى الحياة الاجتـماعية، أو التـفاعل وتضم الشخصية الدوافع الموروثة والمكتسبة والعادات والتقاليد والقيم والاهتمامات والعقد والقدرات والاستعدادات والأمراض.

ويستخدم اصطلاح الشخصية ما بين الأطباء العقليين بمعناه الحرفى تقريبًا، وهو إلباس القناع على خشبة المسرح للممثلين، والشخصية أشبه بالقناع، بمعنى أنها مركبة من طرز سلوك من خلالها يعبر الفرد عن اهتماماته الداخلية. ويصف "هلبى وبرونر" الشخصية بأنها طرز السلوك المعتادة للفرد فى حدود فعاليته واتجاهاته الجسمية والعقلية - خصوصًا بقدر ما فى هذه من مفاهيم اجتماعية، ويتفق الأغلبية على أن **الشخصية هى:**

كل ما يوجد لدى الفرد من قدرات واستعدادات وميول وآراء واتجاهات ودوافع وخصائص جسمية وعقلية ونفسية وأخلاقية وروحية وفكرية وعقائدية ومهنية، تلك السمات التى تميّز شخصًا معينًا عن غيره والتى توجد فى صورة متفاعلة بمعنى أنها لا يؤثر بعضها فى بعض فى العلاقة بين السمات الجسمية والعقلية مثلاً علاقة تفاعل وأخذ وعطاء وتأثير وتأثر وتأثير متبادل. على أن هذه السمات ثابتة فى الشخصية ثبوتًا نسبيا فقط.

ويمكننا أن نعرّف الشخصية بأنها:

التنظيم الفريد لاستعدادات الشخص للسلوك فى المواقف المختلفة، ويضاف إلى هذا التعريف عنصر آخر: هو أن هذا التنظيم لابد أن يتم فى مجال معين وهذا المجال هو المخ، ومكونات الشخصية والعمليات التى تصل إلى المخ عن طريق الأعصاب المستقبلة، وهذا يبين لنا أن السمات النفسية فى الشخصية متصلة تمامًا ولا تؤثر فى السلوك منفردة. وإذا ما تفككت هذه السمات اضطربت الشخصية وأصبحت منحرفة، وهذا التنظيم الدقيق هو الذى يجعل قياس سمات الشخصية أمرًا صعبًا.

كيف يمكننا تحديد مفهوم الشخصية..؟؟

إن الطريقة العلمية التى نستطيع أن نتعرف بها على الشخصية هى:

أن نبدأ ملاحظة سلوك شخص ما على مدى فترة طويلة من الزمن، وأول ما نلاحظه هو خاصية الثبات التى يمتاز بها أسلوب معالجته للمواقف، فهو يسلك بطرق ثابتة، فالشخص الذى يسلك سلوكًا يدل على تسلط يحتمل أن يسلك سلوكًا تسلطيًا، أيضاً فى المواقف المتشابهة. كذلك فإن الشخص الذى يبدو عليه



الشعـور بالثقـة بالنفس يبدو أنه كذلـك فى المواقف المتشابهـة. فالشـخصيـة تمتاز بخاصية الثبات النسبى وكذلك تمتاز سماتها بصفات الديمومة النسبية. وسوف تدلنا ملاحـظة سلوك الشخص على أن هناك نـظامًا مـعينًا أو تنظيـمًا مـعينًا يبـدو فى سلوكه.

فالشخص ليس مـجرد مجموعة من السمـات، أو من العوامل التى تربطها قشـرة رقيقة من الجلد، ومن المعـروف أن صفات الكل أكثـر من مجموع صـفات أجزائه، فالمثلث له صفات أكثر من مجرد صفات ثلاثة أضلاع.

فنحن عندما نلاحظ سـلوك شخص ما، فإننـا نلاحظ اتجاهات طويلة المدى وأهداف عامـة ومستويات للطمـوح وأنماط معينة من السلوك، كذلك فـإننا سوف نلمس أن له فلسـفـة حيـاة خـاصة بـه، وعلى ذلك فنحن ندرك الشـخص ككل موحد، أو كنظام سيكولوجى يتأثر فيه السلوك الحاضر بالسلوك فى الماضى، ويؤثر السلوك الحاضر بالسـلوك فى المستقبل، وسوف تدلنا مـلاحظاتنا أيضًا على أن كل شخص عبارة عن تنظيم فريد فى ذاته أو يـسلك بطريقة فريدة فى ذاتها، فلا شك أنه لا يوجد شخـصان يسلكان سلوكًا موحدًا فى خلال أى فـترة من الزمن، حتى التوائم المتماثلة لا تسلك سلوكًا موحدًا!.

ولكن يجد العلم صعوبة بالغة فى التعامل مع الشخصية باعتبارها تكوينًا فريدا فى نوعه؛ لأن العلم دائـمًا يتعامـل مع العمومـيات التى تساعـده فى الوصول إلى تكوين نظرياته، أما صفـة ديمومة سمات الشـخصية فإنها تسـبب للعلم صعوبات. ولقد وصل العلم إلى درجة كبيرة من الدقة الكميـة والكيفية فى ما يختص بمتغير من متغيرات الشخصية، مثل الذكاء. ولكن مع ذلك هناك بعض الصعوبات التى تتصل بصدق أدوات القياس وثبـاتها فى مجال سمات الشخصيـة. ومما يؤكد فكرة ديمومة عوامل الشخصية هو ثبات الميول مثلاً على مدى معين من الزمن.

ومن الملاحظات الهامة التى يجب أن تؤخذ فى الاعتبار أن جوهر الدراسات التى تتناول الشخـصية تعتـمد على المقارنة. مـقارنة ما يملك الأفراد من سـمات وقدرات، على أنه من الأهميـة بمكان أن نقرر أننا عندما ندرس الشخصـية فإن ما ندرسه بـالفعل هو السلوك، ومن خـلال دراسة السلوك نصل إلى تكوين المفـاهيم العامة عن الشخصية.



أبعاد الشخصية

تنطوى أية ظاهرة اجتماعية على جوانب منها دور الظروف والحالات الداخلية والخارجية فى نشوئها. ومن الصعوبة البالغة، إن لم يكن من المستحيل، رسم خط فاصل بين الظروف والحالات الداخلية والخارجية. وأثر كل مكون من المكونات الاقتصادية والسياسية والعقائدية والثقافية والنفسية فى نشوء الظاهرة الاجتماعية يختلف ضعفًا أو قوة عن آثار المكونات الأخرى. ليس ذلك فحسب، ولكن هذه الآثار تتغير ضعفًا وقوة حيال المكونات الأخرى فى نشوء وتطور الظاهرة. وهذا التغير يتوقف ليس فقط على طبيعة العلاقات فيما بين هذه المكونات ولكن أيضًا على طبيعة العلاقات بين تلك المكونات والظاهرة نفسها. ولا يمكن الفصل بين التاريخ والثقافة والسياسة والاقتصاد والانتماء الجنسى.

للبشر عمومًا أنماط سلوك مختلفة. وتحدد تلك الأنماط عوامل كثيرة الأهم منها هى الحاجات الاقتصادية والبيولوجية والنفسية والتهيئة الاجتماعية التى تشمل التنشئة العائلية والمدرسة والعلاقات الاجتماعية والتاريخ. ولكل إنسان موقف وسلوك يتخذهما عن وعى أو بدون وعى حيال شتى الظواهر الاقتصادية والثقافية والسياسية. ويسهم فى تحديد تلك المواقف وأنواع السلوك العوامل المذكورة أعلاه. ويقوم تفاعل مستمر بين مختلف العوامل التى لها أثر مختلف فى تحديد الموقف والسلوك.

وشخصية الإنسان معقدة ومتعددة الأبعاد وشاملة. ومعنى تعقد الشخصية أن لها مكونات مختلفة تتفاعل فيما بينها. وبما أن التفاعل قائم فهو مستمر. وهذه المكونات مزيج من الصفات الموروثة والمكتسبة. وتختلف هذه المكونات بعضها عن بعض قوة وضعفًا، رهنا بعوامل منها طبيعة ومدى قوة أو ضعف الظروف السياسية والاقتصادية والثقافية والنفسية والتاريخية الداخلية والخارجية التى يعمل الإنسان تحت تأثيرها. ومن طبيعة هذه الظروف كلها أنها دائمة التفاعل وبالتالى فهى نشيطة (دينامية).

وتتأثر شخصية الإنسان بالعامل الطبيعى وبعوامل اجتماعية وثقافية واقتصادية ونفسية، لها آثار مختلفة فى سياقات اجتماعية وتاريخية متغيرة. ويختلف البشر



بعضهم عن بعض تبعا للخلفيات التاريخية والهويات الثقافية والظروف والملابسات الاجتماعية والاقتصادية والتكوينات النفسية لديهم.

ولا يجرى التفاعل الأفقى بين الإنسان وبيئتيه الاجتماعية - الثقافية والطبيعية فحسب ولكن يجرى أيضا التفاعل العمودى بين الإنسان وتاريخه وتاريخ شعبه. ويجرى أيضا التفاعل المستمر بين البعد الأفقى والبعد العمودى للإنسان.

وسلوك الإنسان حيال الآخرين لا تحدده شخصيته بأبعادها المختلفة الدائمة التفاعل، ولكن تحدده أيضًا المحركات الخارجية التى تتغير ضعفًا أو قوة ويستجيب الإنسان لها على نحو من الأنحاء.

ويقوم تأثير متبادل بين الفرد والجماعة والدولة والمجتمع الدولى. وهذا التأثير إما أن يكون إيجابيًا أو سلبيًا. ينشأ التأثير الإيجابى بقيام المؤثر بعمل يؤدى إلى التأثير فى ما يتعرض للتأثير. وينشأ التأثير السلبى عندما لا يقوم طرف بعمل مما قد يتيح لطرف آخر القيام به. وفى هذه الحالة يكون الطرف الأول هو المؤثر السلبى والطرف الآخر المؤثر الإيجابى.

ولا تتجلى شخصية الإنسان فى تعامله مع البيئات الخارجية الاجتماعية والثقافية والطبيعية؛ وذلك لأن فى ذلك التعامل، الذى يحدث فى ملابسات اجتماعية أو اقتصادية أو نفسية أو ثقافية أو تاريخية نشيطة، لا يستنفر أو يحرك إلا البعد الأكثر مناسبة لأن يحرك فى الإنسان حيال تلك الملابسات التى يمر بها، وتبقى الأبعاد الأخرى غير مستنفرة بما فيه الكفاية، بمعنى أنها لا تتجلى ولا تفصح عن نفسها فى تلك المناسبات. إن البعد المستنفَر أو المحرَّك من شخصية الإنسان يكون طبعًا متأثرًا بالعلاقات النشيطة القائمة بينه وبين الأبعاد الأخرى وبقوة تأثير عوامل البيئات الخارجية النشيطة، غير أنه فى الملابسات الخارجية التى يمر الإنسان بها لا بد من أن يُستنفَر أو يُحرَّك على نحو رئيس قسم من أبعاد شخصية الإنسان وتبقى الأبعاد الأخرى أقل تحركًا وتجليًا. طبيعة الملابسات الخارجية والنفسية هى السبب فى جعل قسم من أبعاد الشخصية محور ذلك الاستنفار والتحريك.

وفى ضوء ذلك لا يصح إصدار أحكام معممة على البشر والشعوب على أساس ملابسات اجتماعية نفسية تاريخية محدودة. وما تصنيفات الشعوب إلى



شعوب راقية ومـتدنية وشجاعة وجبانة ومبـدعة وخاملة سوى ضرب من الأخطاء والأوهام.

والأمثلـة على ذلك كثـيرة جدا. ونجـد هذه الأمثلة عـلى المستـوى الفردى ومستوى الجماعات والدول خلال التاريخ البشرى وفى الوقت الحاضر. وقد يكفى أن نسوق هنا أمثلة قلـيلة. إذا عانى الإنسان من خواء المعدة اسـتنفر هذا الخواء فى شخصية الإنسان تلك الأبعاد التى يكون مـحورها تأمين لقمة العيش، وتضم هذه الأبعـاد المهارة فى أداء عـمل من الأعمـال والتفـانى فى الأداء والطاعة لصـاحب العمل، وبالنسبة إلى أبعاد أخرى لها صلة أقل بتأمين لقمة العيش يكون استنفارها أقل. ففى حالة الباطل عن العمل تستنفر أبعاد الشخصية التى يكون محورها تأمين الحصول على فرصة عمل، وفى حالة الاختـبار تستنفر الأبعاد التى يكون محورها تحقيق النجاح والتـفوق من قبيل فهم المادة والاستعـانة بالذاكرة والقدر الكافى من النوم أو من السـهر. وفى حـالة الاحتـلال تستـنفر الأبعـاد التى يكون محـورها التخلص من الاحتلال من قبيل الإشارة إلى شروره وتبيان مخالفته للقوانين الدولية والطبيعيـة وجمع الموارد الفكرية والمالية للتصدى له. وفى حـالة الإخضاع القومى تستنفر الأبعـاد التى يكون محورها الإبانة عن مساوئ ذلك الإخـضاع وعن الفائدة من الاستقلال الوطنى والإشارة إلى أهمية المحافظة على الكرامة والعزة الوطنيتين. وتجمع بعض الحـالات فى الوقت نفسه الصعـيدين الفردى والقومى، أو صـعيدى الفرد والدولة، أو صعيدى الفرد والشعب الذى ينتمى الفـرد إليه. فالهيمنة الثقافية الأجنبيـة تستنفر الأبعاد الشـخصية للفـرد وللشعب. فى هذه الحالة تستنـفر أبعاد شخصـية الفرد وأبعاد شخصـية الشعب التى يكون محورها مـحاولة التخلص من الهيمنة. ومن تلك الأبعاد إحياء التراث والإبانة عن ثروة ثقافة الشعب وعن مفاسد الهيمنة وآثارها السلبية فى حياة الفرد والشعب.

وبالنظر إلى أن الظروف الخـارجيـة هى التى تحدد الأبعـاد المستـنفرة وغـير المستنفَرة فى الشخصيـة الفردية أو الجماعية فإن تلك الأبعاد تتغيـر تبعًا لتغير تلك الظروف. والأوقات والأمـاكن المختلفة قـد تكون لها ظروفـها المختلفـة. وبالتالى تتغير تبعًا لذلك أبعاد الشخصية التى تُستنفَر.



ولذلك كله من الخطأ الجسيم ومن سوء الفهم إصدار حكم معمم على نوعية شخصيات الأفراد والشعـوب على أساس سلوك أولئكم الأفراد والشعوب فى فترة زمنية قصـيرة واحدة أو فى ظرف واحد. ذلك الأساس جـزئى، وبالتالى لا يصح لأن يكون مسـتنداً لإصدار حكم معمم. إنه جـزئى من ناحية قصـر المدة الزمنية، وأيضا من ناحية عـدم شموله لكل الملابسات والظروف التى هى بطبيعتـها متنوعة وكثيرة. وهى أيضا متفاعلة، وبالتالى متغـيرة. وتفاعلها وتغيرها يجعلانها متنوعة وكثـيرة، مما يؤكد الخـطأ فى إصدار الحكم التعـميمى. وفـى ضوء ذلك ليس من الصحيح القول إن شعبًا من الشعوب أفضل أو أسوأ من شعب آخر.

وعدم مـراعاة ذلك النهـج يعنى عدم الوعى به، وعـدم الوعى هذا نابع من احتـجاب حقـيقة الأمـور، وهو الاحتجـاب الناشئ عن غسل دمـاغ الذين ذهبوا ضحيـة التأثر الثقافى القـوى فى الشخصية الفـردية والقومية مـدة عشرات، وربما مئات السنين.

أبعاد بناء ونمو الشخصية

يواجه الإنسـان خلال مـراحل حياته خـبرات مـتعددة وكـثيـرة، تترك آثاراً واضحة على تعامله وتفاعله مع الآخـرين فى المجتمع، وهى تشكل بالتالى سلوكه ونمط شخصيته الواقعية.

وعند النظر إلى الخريطة التى ارتسمت عليها شخصيته نلاحظ أنها مرت بعدة مراحل من الطفولة إلى المراهقة ثم الرشد حتى منتـصف العمر، بمختلف امتداداتها لتصل إلى الشـيخوخة الأولى، وإن أمدَّ الله فى عـمره، دخل مرحلة الشيـخوخة المتأخرة بعد سن الـ٧٠ سنة، كما صنفها علماء النفس الكبار.

إن كل مرحلة من مراحل النمـو لدى الكائن البشرى تحمل معهـا خصائص وميزات وبنفس الوقت سقطات وأزمات يتدنى بعضها حتى لتترك آثاراً نفسية سلبية تنعكس على جميع التعاملات الاجتماعية مع الآخرين، وأهم تلك المراحل مرحلة الطفولة ثم تليها بالامتداد الطبيعى مـرحلة المراهقة، والتى سماها بعضهم الصحوة بعد الكمون، حيث تعد أعنف مرحلة للشاب أو الشابة وتعد بحق أزمة المراهقة.



إن السلوك غير الاجتماعى كالكذب والسرقة والهروب من البيت وعدم الطاعة، والعصيان والأنانية والغش والفوضوية تبدو واضحة فى هذه المرحلة بعد أن تكونت بذرتها الأولى ونشأت فى مرحلة الطفولة، ولكنها مرت بمرحلة كمون حتى تفجرت فى مرحلة المراهقة.

المراهقة، الأزمة، الشخصية:

تكاد تشكل مرحلتا الطفولة والمراهقة مرحلة واحدة، لولا وجود فواصل الزمن التى امتدت من سن السادسة حتى سن الثانية عشرة، حيث فصلت هذه الفترة العمرية زمن المرحلتين، رغم أن كليهما له تميز بإرهاصات مختلفة ومتطلبات متعددة فرضت على الكائن، سواء نعم برعاية القائمين عليه بالتربية والاحتضان بمراحله الأولى، أو نما كما تنمو الكائنات الحية دون تدخل الآخرين فى مسار نموه. وكما هو معروف عند الباحثين فإن الإنسان هو الكائن الحى الوحيد، من بين كل تلك الكائنات، يحتاج إلى رعاية مركزة منذ ولادته حتى بلوغه واجتيازه مرحلة المراهقة ووصوله إلى النضج بأقل ما يمكن من عقد وأزمات، ولقد قال الله سبحانه وتعالى: ﴿**اللَّهُ الَّذِى خَلَقَكُم مِّن ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ** ﴿٥٤﴾﴾ [الروم] وعلى العكس تمامًا الكائنات الحية الأخرى التى تولد وتحمل مع ولادتها مقومات وجودها وبقائها، وقدرتها على الاعتماد على نفسها، لذا فإن الإنسان ككائن حى، اختص بمزايا دون الكائنات الحية الأخرى من خلق الله، حيث قال تعالى: ﴿**لَقَدْ خَلَقْنَا الإِنسَانَ فِى أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ** ﴿٤﴾﴾ [التين].

أما عوارض الزمن والنكبات وصعوبات التوافق والنمو فهى تنتج بفعل مشكلات يتعرض لها هذا الكائن البشرى خلال مراحل النمو وبضمنها أزمة المراهقة، وربما تمر هذه المرحلة ولا تترك آثارًا مؤلمة. ويرى أحمد عزت راجح أن المراهق: «لا تظهر لديه مشكلات عديدة ما دام نموه يسير فى اتجاهه الطبيعى، وهى مرحلة تحقيق الذات ومرحلة المرح ونمو الشخصية وصقلها، لذا عرفت المراهقة بأنها المرحلة التى تبدأ من البلوغ، وهى سن القدرة على التناسل وتنتهى فى مجتمعنا عند حوالى سن الـ (٢٢) سنة من العمر».



وتحدد الثقافات والمجتمعات طول فترة هذه المرحلة وبداياتها لدى كلا الجنسين، وتتميز هذه المرحلة بالنضج الجنسى لدى الشباب واشتداد الرغبة الجنسية، ويميل الشباب المراهق إلى التحرر من قيود الأسرة ومحاولة تحقيق الاستقلال عنها والشعور بالذات، والاعتداد بالنفس، ورؤية الأشياء بمنظار آخر يحدده هو دون تدخل الأب أو الأم، واختيار الأصدقاء ومحاولة البحث عن انتماء إلى نادٍ رياضى أو جماعة اجتماعية تشعره بالرضى عن انتمائه لها، وتعطيه ما يحتاجه من الحاجات النفسية التى تعجز الأسرة أو المدرسة عن تحقيقها له، فيحول ولاءه لتلك الجماعة أو النادى أو التجمعات المنتشرة فى المدن الكبيرة، وتستهويه خلال مرحلة من المراحل العمرية، وربما ينشأ على تعاليمها ويلتزم بها أو يتركها وينفصل عنها حال تقدمه فى العمر، ويعود ذلك إلى مستوى النضج الذى يحققه. وبعض آخر من الناس تشتد عوامل التأثير على حياته ويمر بأزمات ومشاكل تترك بصماتها على مسار حياته، وتظهر هذه التأثيرات بشكل واضح فى المجتمعات المتحضرة أو ذات الثقافات المنفتحة كثيرًا، أو التى حققت لشعوبها تحولات اقتصادية واجتماعية متباينة ماديًا بشكل ترف ورفاهية أعلى، فاشتدت بها أمراض الحضارة ومتطلبات النمو السريع غير المتزامن مع مستوى الطموح، حتى كادت الأزمات فى مرحلة المراهقة تضعها على مفترق طرق، لشدة عصفها وتأثيرها فى البنى التى يقوم عليها المجتمع، فظهور المشكلات السلوكية الواضحة لدى أجيال فى سن المراهقة، وتركها آثارًا واضحة لدى جيل بعينه، وقبوله بصراعات الموضة التى تجتاح المجتمعات أو التقليعات المختلفة فى السلوك.. وكل هذا يظهر النتائج بعد ذلك واضحة من خلال قياس آثار الأزمة وما خلفته بعد أن تكون حدة الأزمة قد خفت تدريجيًا حتى يصل المراهق فى نهايتها إلى حالة الاتزان الانفعالى من خلال النضج فى المرحلة اللاحقة.

والأزمة هى حالة انفعالية مؤلمة تنشأ من الإحباط الناتج عن دافع أو أكثر من الدوافع القوية، **ونستطيع أن نجمل بعض عوامل نشوء الأزمة وأسبابها فى حالات اجتماعية ونفسية وجسمية وتتحدد فيما يلى:**



١- التغيرات الجسمية والفسيولوجية السريعة والمفاجئة فى شكل المراهق وحجمه ومظهره وازدياد رغبته فى الأكل، فضلاً عن ظهور أحلام الاستمناء عند الذكور وظهور الطمث عند الإناث.

٢- بروز الدوافع المختلفة التى تثير لديه الارتباك والحيرة مع اشتداد الدافع الجنسى والرغبة العالية فى توكيد الذات.

٣- الاستقلال فى الرأى والتفكير والسلوك عن الأب أو الأهل بشكل عام ومحاولة بناء هوية جديدة مختلفة تمامًا عن هوية الخنوع أو الخضوع لسلطان الأهل.

٤- نظرة الآخرين إليه ومعاملتهم له، وموقف الذين يحيطون به وما يفرضون عليه من قيود يشعر أنها تشكل ضغطًا كبيرًا لا معنى له، فتصرفهم معه يشعره بأنه طفل، وعند تصرفه كالكبار يضحكون عليه، فإذا ما اقترب من الكبار أعرضوا عنه، وإن ارتد نحو الأطفال لم يرحبوا به. كل تلك التصرفات تجعله يشعر بالغربة فى عالمه الاجتماعى الصغير.

هذه العوامل تؤدى بالمراهق إلى أن يدخل فى دائرة الصراع الذى يزيد من توتره، ومن أهم هذه الصراعات:

أولاً: صراع بين شعوره الشديد بذاته وشعوره الشديد بالجماعة.

ثانيًا: صراع بين مغريات الطفولة ومخلفاتها وبين الرجولة ومتطلباتها.

ثالثًا: صراع بين ميله الجديد إلى الاستقلال وبين الاعتماد على الآخرين.

رابعًا: صراع بين طموحه الزائد وبين قلة حيلته.

خامسًا: صراع جنسى بين الدافع المتحفز لديه وبين تقاليد المجتمع، أو بينه وبين ضميره.

سادسًا: صراع دينى بين ما تعلمه من شعائر وهو صغير، وبين ما يصوره له تفكيره.



أما الشخصية فتعرف على أنها الأنماط المستمرة والمتسقة نسبيًا مع الإدراك والتفكير والإحساس وأنماط السلوك التى تبدو لتعطى الناس ذاتيتهم المميزة، وهى أيضًا.. التفاعل المتكامل للخصائص الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التى تميز الشخص وتجعل منه نمطًا فريدًا فى سلوكه ومكوناته النفسية.

التحولات بين مرحلتى المراهقة والبلوغ:

فى ضوء المسلّمات الأساسية التى تطرحها مرحلة الطفولة وما يتبعها من سلوكيات ومظاهر، وحين العبور إلى المرحلة اللاحقة أى المراهقة وما تنتابها من أزمات ومشاكل تعصف بحياة المراهق، نقف أمام عدة تحولات تكاد تضع الفرد أمام مفترق طرق، فإما التأكيد على الذات والإبقاء على متطلبات هذه المرحلة بكل ما تحمله من إفرازات ومصاعب حتى ليكاد الفرد ينوء تحت وطأة آثارها، أو عبورها إلى مرحلة المواجهة وتقبل الحياة مع قدرة عالية من التحصين النفسى إلى مرحلة النضج. فالتحولات بين مرحلتين تعد بداية عبور الأزمة؛ لذا فإن كل ما ترجوه النفس السوية هو أن تنعم بالطمأنينة والهدوء، وإذا ما بقيت النفس الإنسانية تحمل معها آثار المرحلة السابقة فهى تحس بالتأزم والمهانة ويصدر عنها الكبر، والحسد، والعجب والغرور.

كذلك فإن معظم الأخطاء فى السلوك والتفكير ناجمة عن ضعف فى قدرة الفرد على التعرف على متطلبات الواقع والتعامل معه واحترام معاييره، فيكون سلوكه اندفاعيًا تهيمن عليه النزوات النفسية غير المشبعة، ويتسم بمظهر يعد من أخطر مظاهر مرحلة المراهقة ألا وهو (الصراع داخل الذات) وهو صراع نفسى لا ينتهى، ويظل غير محسوم، صراع غير مشبع لدى الإنسان، تترتب عليه أعراض، وتصاحبه مظاهر سلوكية كالقلق، والتوتر، والإحباط للإحساس بعدم القدرة على الإنجاز، والإخفاقات المستمرة التى يشعر معها بالإثم والخطيئة من أفكار اعتقد بها ولم يفعلها وظلت تلازمه، ولم يستطع تجاوزها.

فالنفس البشرية على الأعم الأغلب عندما يتملكها عدم الثقة بالنفس وفقدان الشعور بالاستقلالية الذاتية تسقط فى دائرة الصراعات غير المحسومة والمتراكمة عليها حتى لتعيق توازنها، وهى تعد بحق بقايا آثار مرحلتين سابقتين من



مراحل النمو لدى الإنسان (الطفولة والمراهقة) هاتان المرحلتان تركتا لمسات واضحة على معالم الشـخصية الإنسانية لدى مـعظم الناس، قال الإمام على بن أبى طالب رضى الله عنه: (العادات قاهرات).

العوامل المساهمة فى بناء الشخصية

شخصية الفرد وحدة متفـاعلة لمجموعة النزاعات الذاتية الموجهة نحو أهداف معينة، تصدر عنـها آثار معينة فى المحيط الذى توجد فيـها. هذه الآثار تصدر عن الفـرد كوحدة سلـوكية مـتحـدة العناصر غـير مـجزأة، تعـبر عن تكامـل واتحاد الشخصية، وتؤثر تأثيرًا ديناميكيًا فى المجال المحيط بها. وهذا المجال السلوكى هو الحيز الذى تظهـر فيه آثار قوى هذه الشخصـية باعتبارها مصـدر القوة المحركة أو النزعات الموجهة، تؤثر فيما حولها وتستلم منها المؤثرات.

فالشخصية مـزودة بنزعات وطاقات وراثية مستعدة للتعديل والتـغيير والتبدل إذا ما توفـر لها من عوامل المحيط مـا يساعدها على التعـديل والتغييـر شريطة أن تدخل فى المجال الخاص للفرد.

فإن صلحت هذه العـوامل ونقّيت من الشوائب نشـأ الفرد صالحًا نقـيًا فى الغالـب، أما إذا أهملت وتركت فإنها تكون ذا تأثـير سيئ على تربية الطفل ونشأته المختلفة التى تأثرت بهـا فى مجالاتها الحيـوية التى وجدت فيها عـبر مراحل نموها السابقة.

العوامل المكونة للشخصية:

يمكننا أن نصنف العـوامل المكونة للشخـصية إلى ثلاث مـجمـوعات هى العوامل الجسمية والعوامل النفسية والعوامل الاجتماعية. وشخصية كل فرد إنما هى نتاج التفاعل العام بين هذه المجاميع الثلاثة.

فالعوامل الجسمية هى كل ما يتعلق بنمو جـسم الفرد عمومًا وحالته الصحية العامة، كما نميز فى هذه المجموعة الرئيسية من العوامل بين صفتين:



١- الصفة العامة للحالة الجسمية مثل النمو الجسمى الطبيعى العام، والصحة العامة، والمقاومة ضد الأمراض.

٢- الصفة الخاصة لجسم الفرد كأن يكون مميزًا بالطول والقصر، أو البدانة والنحافة، أو تميزه بعاهة من العاهات، أو نقص ظاهر بيّن أو خفى.

أما مجموعة العوامل النفسية فهى ما يصطلح عليها الباحثون النفسيون (بالتكوين النفسى) وظواهرها فى الواقع تشكل لب دراسة العلوم النفسية.

ويمكننا التمييز بين مجموعتين من العوامل الأساسية فى هذا المجال:

المجموعة الأولى: وتتضمن الوظائف العقلية كالذكاء أو القدرات العقلية الخاصة كالقدرة اللغوية والقدرة الحسابية والقدرة العلمية والقدرة الفنية والعمليات العقلية العليا كالتصور والتخيل والتذكر، والمهارات العقلية المكتسبة التى تكتسب من خلال عمليات التعلم المباشر وغير المباشر.

أما المجموعة الثانية: فتتضمن الجانب المزاجى من الشخصية، وتشمل أساليب النشاط الانفعالى والنزوعى التى تتعلق بالوجدان والنزوع وليس بالعوامل المعرفية.

وهى توجه بإرادة الفرد وليس بالمهارات المختلفة، ومزاج الفرد يشمل على دوافع فطرية وأخرى مكتسبة بعضها عام والبعض الآخر خاص، كما أن بعضها شعورى يدركه الإنسان بوعيه وآخر لا شعورى يتستر فى أعماق العقل الباطن.

وهى لذلك تكون مزيجًا من عواطف الفرد وميوله ودوافعه السلوكية سواء ما اصطلح عليها بالميول أو الحاجات، كذلك دوافع الفرد اللاشعورية كالعقد النفسية التى تظهر على سلوك الفرد دون وعى منه وإرادة.

وهذه المجموعة من العوامل تتبلور حول صفتين رئيسيتين:

١- صفة الانفعالية أو ما نعنى به الاستعداد العام للانفعال عند الفرد.

٢- الاتجاه الخلقى العام لدى الفرد.

وبذلك يمكن أن نضيف السمات النفسية المختلفة على الشكل التالى:



الصفات المعرفية:

- الصفات الموروثة وتشتمل على:

١- السمات المعرفية الفطرية العامة.

٢ - الاستعدادات المعرفية الخاصة.

- الصفات المكتسبة وتشمل على:

١- الصفات العقلية المكتسبة العامة (الثقافة العامة).

٢- المهارات الخاصة (الثقافة التخصصية النظرية أو العملية).

الصفات المزاجية:

أ - الصفات الموروثة وتشتمل على:

١- الانفعالية العامة.

٢- الانفعالات الخاصة.

ب- الصفات المزاجية المكتسبة وتشتمل على:

١- الاتجاه الخلقى العام.

٢- الصفات المزاجية المكتسبة الخاصة. وتتضمن بدورها:

أ- الدوافع المزاجية المكتسبة الخاصة اللاشعورية.

ب- الدوافع المكتسبة الخاصة اللاشعورية (العقد النفسية).

ونقصد بمصطلح السمة العامة أينما وردت فى تصنيفات عوامل الشخصية المارة الذكر بالصفة الكامنة وراء جميع أساليب النشاط العام السلوكى للفرد، بينما نقصد بالصفة الخاصة الصفة الكامنة وراء أسلوب معين من نواحى النشاط. فالذكاء مثلاً قدرة عامة تدخل فى كل النشاطات والقدرات العقلية المعرفية للفرد بغض النظر عن موضوع النشاط وشكله، فى حين تعتبر القدرة اللغوية والقدرة الحسابية والقدرة على التذكر قدرات خاصة. ونفس الشيء بالنسبة للصفات المزاجية، فالانفعالية العامة هى قدرة أو سمة مزاجية عامة تدخل فى جميع



النشاطات الانفعالية بالرغم من تنوعها، فتطبع استجابات الفرد الانفعالية بطابعها من حيث الثبات أو عدم الاتزان أو البلادة الانفعالية، فى حين تكون صفات معينة كالغضب والخوف والحزن صفات خاصة تظهر عند الفرد فى مواقف خاصة بعينها دون أن يكون لأحدها علاقة بالأخرى.

وأما العوامل الاجتماعية، فنقصد بها تلك التى تتوقف على البيئة التى يعيش فيها الفرد، ونميز فيها بين مجموعتين من العوامل:

المجموعة الأولى: وتتعلق بالظروف الاجتماعية داخل البيت، وهى ذات قيمة كبرى على شخصية الفرد؛ إذ إن البيئة البيتية الصالحة قادرة على إنتاج أطفال أصحاء نفسيًا ومتماسكين فى شخصياتهم.

ويمكن أن نميز فى هذه المجموعة أربعة عوامل:

١- الحالة الاقتصادية للأسرة، وتعتبر الحالة من هذا الجانب طبيعية إذا كان مستوى الأسرة الاقتصادى فوق خط الحاجة والعوز. بحيث تكون مواردها كافية لسد حاجاتها الأساسية من غذاء وكساء ومأوًى ورعاية صحية، وتعليم.

٢- والعامل الثانى هو الظرف المنزلى الطبيعى ونعنى به أن تكون الأسرة مكونة من أب وأم وأولادهما المنجبين من زواجهما، ويعيشون جميعًا فى بيت واحد، وفى حالة اختلال هذا الوضع لسبب من الأسباب اعتبرت الظروف غير طبيعية، كأن يشرف على الأطفال زوجة الأب أو زوج الأم أو أحد الأقرباء، أو يعيشون فى دار للحضانة.

٣- والعامل الثالث هو المعاملة العائلية، ونعنى به الطريقة التى يسلكها الوالدان فى المنزل فى معاملة أبنائهما، فقد يكون أسلوبًا يتسم بالتسامح والتساهل، أو يتميز بالعنف والتعنت، أو جامعًا بين الاثنين بطريقة متناقضة.



٤- أما العامل الرابع فهو صلاحية المنزل لـلتربية، إذ إن العائلة غير الصالحة والمصابة بنوع من الانحراف الأخلاقى أو الشذوذ السلوكى لا تصلح لأن تكون فى موقع التصـدى لتربية الأطفال، فـالأم أو الأب أو كلاهما فى حالة خروجهم على المبـادئ الأخلاقية يسببون لـلأطفال انحرفًا مماثلاً فى الغالب.

أما المجمـوعة الثانية مـن العوامل الاجتمـاعية فهى ما تتـعلق بظروف نشاط الطفل خارج البيت وهى:

١- أحوال العمل، وملاءمته لميول الفرد، إذ إن العمل غير المناسب الذى لا يلائم مواهب الناشئ ومـيوله قد يجره إلى الانحراف أو إلى التـمرد وقد ينعكس على شخصيته فتبرز عليها أمارات عدم التوافق.

٢- الطريقـة التى يقضى بهـا أوقات فـراغه، من نشـاط رياضى أو هوايات علمية أو فنية أو أدبية لها علاقة وثيقـة فى تكوين شخصيته وإضفاء صفة الاتزان أو الضعف عليها.

٣- نوع الأقـران والأصدقـاء الذين يصاحـبـون الفرد فى أوقـات فراغـه، ونشـاطاته الترويحـية، له أثر واضـح على توجيـه ميـول الفرد وتعـزيز اتجاهاته.

مما تقدم ندرك أن شـخصـية أى فرد إنما هو نسـيج عوامل وراثيـة جسمـية ونفسية يرثها الفرد من آبائه ولا دخل له فى وضعها العام متانة أو ضعفا. وعوامل بيئية مـحيطية تحيط الفرد قبل ولادته وتواكبـه بعد الولادة، وهى مزيج من ظروف مادية وأخرى اجتماعية.

هذه العوامل تتداخل وتتـقاطع فى شخصية الفـرد لتنتج منه إنسانًا ذا ملامح مشخصة معينة، قد تكون مقبولة اجتماعيًا وقد تكون مرفوضة وقد تأتلف مع ذاتها أو تتنافر فتنشطر على نفسها، مسببة للفرد آلامًا نفسية مؤرقة.



الفصل الثانى:

نظريات الشخصية Personality



إذا نظرنا إلى الناس فى أقوالهم وأفعالهم رأينا أن كل شخص منهم فرد يختلف عن غيره من جهة، ويشترك معه فى عدد من النواحى من جهة أخرى، وأن الاختلاف يبقى دائمًا رغم وجود عدد من نواحى الاشتراك.

لذلك نستطيع القول بأن كل إنسان يشبه كل الناس من جهة، ويشبه بعض الناس من جهة أخرى، وهو متميز من جهة ثالثة حيث إنه ينتمى إلى نوع الإنسان ويحمل خصائصه الإنسانية العامة، ويشبه عددًا من الناس فى بعض تصرفاتهم ومظاهر سلوكهم، ولكنه يبقى متميزًا متفردًا من حيث هو شخص. ثم إننا كذلك نرى أن الفرد فى تفاعل مستمر مع الشروط والظروف التى تحيط به: فهو يأخذ منها ويتحمل آثارها من جهة، وهو يحدث فيها نوعًا من الفعل من جهة ثانية. أنه كثيرًا ما يواجه ظروفه بنجاح ويتكيف معها تكيفًا مناسبًا، وكثيرًا ما يفشل فى مواجهتها بما يلزم، وقد يطول فشله، وقد يصبح تكيفه معها غير مناسب وغير مرض.

ما هى مكونات الشخصية؟

أولاً: نظرية التحليل النفسى

يرى فرويد أن الشخصية فى الأعماق بناء ثلاثى التكوين، وأن كل جانب فى هذا التكوين يتمتع بصفات وميزات خاصة، وأن الجوانب الثلاثة تؤلف فى

النهاية وحدة متفاعلة ومتماسكة هى الشخصية، هذه الجهات أو الجوانب الثلاثة هى: (الهو) و(الأنا)، و(الأنا الأعلى).

أما (الهو the id): فذلك القسم الأولى المبكر الذى يضم كل ما يحمله الطفل معه منذ الولادة من الأجيال السابقة وأنه يحمل ما يسميه فرويد الغرائز ومن بينها غرائز اللذة والحياة والموت.

وهو يعمل تحت سيطرة ما يضمه منها. وما هو موجود فيه لا يخضع إذن لمبدأ الواقع أو مبادئ العلاقات المنطقية للأشياء بل يندفع بمبدأ اللذة الابتدائى، وكثيرًا ما ينطوى على دوافع متضاربة.

إنه لا شعورى وهو يمثل الطبيعة الابتدائية والحيوانية فى الإنسان.

وأما (الأنا the ego): فينشأ ويتطور لأن الطفل لا يستطيع أن يشبع دوافع (الهو) بالطريقة الابتدائية التى تخصها، ويكون عليه أن يواجه العالم الخارجى وأن يكتسب من بعض الصفات والمميزات وإذا كان (الهو) يعمل تبعًا لمبادئه الابتدائية الذاتية، فإن (الأنا) يستطيع أن يميز بين حقيقة داخلية وحقيقة واقعية خارجية. فالأنا من هذه الناحية يخضع لمبدأ الواقع، ويفكر تفكيرًا واقعيًا موضوعيًا ومعقولاً يسعى فيه إلى أن يكون متمشيًا مع الأوضاع الاجتماعية المقبولة. هكذا يقوم **(الأنا) بعملين أساسيين فى نفس الوقت:**

أحدهما أن يحمى الشخصية من الأخطار التى تهددها فى العالم الخارجى، **والثانى** أن يوفر نشر التوتر الداخلى واستخدامه فى سبيل إشباع الغرائز التى يحملها (الهو) وفى سبيل تحقيق الغرض الأول يكون على الأنا أن يسيطر على الغرائز ويضبطها؛ لأن إشباعها بالطريقة الابتدائية المرتبطة معها يمكن أن يؤدى إلى خطر على الشخص.

فالاعتداء على الآخرين بتأثير التوتر الناشئ عن الغضب يمكن أن يؤدى إلى ردّ الآخرين ردًا يمكن أن يكون خطرًا على حياة المعتدى نفسه، وهكذا يقرر الأنا (متى) و(أين) و(كيف) يمكن لدافع ما أن يحقق غرضه - أى أن على (الأنا) أن يحتفظ بالتوتر حتى يجد الموضوع المناسب لنشره. وهكذا يعمل الأنا طبقًا لمبدأ (الواقع) مخضعًا مبدأ اللذة لحكمه مؤقتًا.



ونأتى إلى الجانب الثالث وهو: **الأنا الأعلى (the super ego)**: هنا نجد أنفسنا أمام حاضن للقيم والمثل الاجتماعية والدينية التى ربى الطفل عليها فى بيته ومدرسته ومجتمعه. (فالأنا الأعلى) يمثل الضمير المحاسب، وهو يتجه نحو الكمال بدلاً من اللذة، ولهذا (الأنا الأعلى) مظهران، الضمير والأنا المثالى. يمثل الأول الحاكم بينما يمثل الثانى القيم.

فإذا أردنا تلخيص هذا البناء الثلاثى الداخلى للشخصية كما يراه بعض العلماء قلنا ما يلى:

إن الأنا هو الذى يوجه وينظم عمليات تكيف الشخصية مع البيئة، كما ينظم ويضبط الدوافع التى تدفع بالشخص إلى العمل، ويسعى جاهدًا إلى الوصول بالشخصية إلى الأهداف المرسومة التى يقبلها الواقع، والمبدأ فى كل ذلك هو الواقع.

إلا أنه مقيد فى هذه العمليات بما ينطوى عليه (الهو) من حاجات، وما يصدر عن (الأنا الأعلى) من أوامر ونواهى وتوجيهات فإذا عجز عن تأدية مهمته والتوفيق بين ما يتطلبه العالم الخارجى وما يتطلبه (الهو) وما يمليه (الأنا الأعلى) كان فى حالة من الصراع يحدث أحيانًا أن يقوده إلى الاضطرابات النفسية.

(أ) الشخصية من الناحية التكوينية:

يرى فرويد أن الإنسان يولد وهو مزود بطاقة غريزية يغلب عليها الطابع الجنسى أطلق عليها اسم «الليبدو» (Libido). وهذه الطاقة تدخل فى صدام محتم مع المجتمع. وعلى أساس شكل الصدام وطريقته وما يسفر عنه، يتوقف نمط الشخصية فى المستقبل. وهذه الطاقة الغريزية تمر بأدوار محددة فى حياة الفرد، ويكون التعبير عن هذه الطاقة فى كل مرحلة له شكل معين، وخلال أعضاء مختلفة. وإذا حالت بعض الظروف بين الكائن الحى وبين الإشباع، أو بين التعبير عن طاقته، يكون لهذه الإعاقة أثر كبير فى صحة الفرد النفسية. ويتم ذلك حسب طبيعة المرحلة التى حدثت فيها الإعاقة. **أما المراحل التى تمر بها الطاقة فهى:**

المرحلة الأولى: المرحلة الفمية المبكرة، وتشمل النصف الأول من العام الأول من حياة الطفل. . وتتركز حياة الطفل فى هذه السن حول فمه، ويأخذ لذته من

المص، حيث يعمد إلى وضع كل شيء يصل إلى يديه فى فمه، ويحاول مصه. ويتمثل الإشباع النموذجي فى هذه المرحلة فى مص ثدى الأم، وحينما يغيب الثدى عنه يضع أصبعه فى فمه كبديل للثدى. ويقول علماء التحليل النفسى إن هذه المرحلة هى مرحلة إدماج قائمة على الأخذ.

- **المرحلة الثانية:** المرحلة الفمية المتأخرة، وتشمل النصف الثانى من العام الأول. ويتركز النشاط الغريزى حول الفم أيضًا، ولكن اللذة يحصل عليها هذه المرة من خلال العض وليس المص، وذلك بسبب التوتر الناتج عن عملية التسنين، فيحاول الطفل أن يعض كل ما يصل إليه. وهنا يشير فرويد إلى أول عملية إحباط تحدث للفرد فى حياته، وذلك حينما يعمد الطفل إلى عض ثدى الأم وما يترتب على ذلك من سحب الأم للثدى من فمه أو عقابه، مما يوقعه فى الصراع لأول مرة. فهو يقف حائرًا بين ميله إلى إشباع رغبته فى العض وبين خوفه من عقاب الأم وغضبها. وهذه المرحلة هى مرحلة إدماج أيضًا، ولكنها تقوم على الأخذ والاحتفاظ. والطفل ثنائى العاطفة فى هذه المرحلة يحب ويكره الموضوع فى نفس الوقت.

- **المرحلة الثالثة:** المرحلة الشرجية، وتشمل العامين الثانى والثالث حيث تنتقل منطقة الإشباع الشهوى من الفم إلى الشرج، ويأخذ الطفل لذته من تهيج الغشاء المخاطى فى فتحة الشرج عند عملية الإخراج. ويمكن أن يعبر الطفل عن موقفه إزاء الآخرين بالاحتفاظ بالبراز أو بتفريغه فى الوقت أو المكان غير المناسبين. والطابع السائد للسلوك فى هذه المرحلة هو العطاء ويغلب على المشاعر الطابع الثنائى أيضًا كالمرحلة السابقة.

- **المرحلة الرابعة:** المرحلة القضيبية، وتشمل العامين الرابع والخامس، وفيهما ينتقل مركز الإشباع من الشرج إلى الأعضاء التناسلية. ويحصل الطفل على لذته من اللعب فى أعضائه التناسلية. ويمر الطفل فى هذه المرحلة بالمركب الأوديبى الشهير، وهو ميل الطفل الذكر إلى أمه. والنظر إلى أبيه كمنافس له فى حب الأم، وميل الطفلة إلى الوالد وشعورها بالغيرة من الأم عليه. وفى الظروف الطبيعية للنمو ينتهى الموقف الأوديبى بتوحد الطفل مع والده من جنسه.



«والتوحد» (Identification) مفهـوم يشير إلى أن الفرد يسلك أحـيانًا وكأن سلوك شخص آخر هو سلوكه هو. يتضمن التوحـد الإعجاب بهذا الآخر واتخاذه نموذجًا يتطابق معه، ويحـتذيه فى سلوكه ويتبنى أراءه. فيبـدأ الطفل فى تشرب قيم الوالد الثقافية، وهى قيم المجتمع. كما تبدأ البنت فى التحول بعاطفتها نحو الأم لتتوحد معـها. وإذا حـدث ما يؤثر على سـير النمـو فإن علاقـة الطفل بأمه تظـل قوية، وتتعطل عـملية التـوحد مع الوالد، كمـا تستمـر روابط الطفلة العاطفـية بوالدها ويترتب على ذلك اضطرابات فى السلوك فيما بعد.

- **المرحلة الخامسة:** مرحلة الكمون، وبتصفية الموقف الأوديبى، وبتوحد الطفل الذكر مع والده، والطفلة مع والدتها، يدخـل الطفل فى مرحلة ينصرف فيـها عن ذاته، ويبدأ فـى الانشغال بما ومن حـوله. ويحدث تقـدم كبـير فى النمـو الاجتـماعى والانفعـالى والعقلى. وتمتد هذه المرحلة من سن السـادسة حتى البلوغ فى الثـانية عشـرة للبنات والثالثة عـشرة للبنين. ويكون الطفل حريـصًا فى هذه المرحلة على طاعـة الكبار والامـتثال لأوامـرهم ونواهيهـم وراغبًا فى الحـصول على رضـاهم وتقديرهم. ولذا فهى مرحلة هدوء من الناحية الانفعالية.

- **المرحلة السادسة:** المرحلة الجنسيـة، وفيها تأخـذ الميول الجنسيـة الشكل النهائى لها. وهى الصـور التى تستـمر بعـد ذلك. ويحصل الفرد السـوى على لذته من الاتصـال الجنسى بأحد أفـراد الجنس الآخـر من الراشدين، حـيث تتكامل الميـول الفمية والشرجية لتشارك فى بلورة الجنسية السوية.

ونؤكـد هنا على النمـو الطبـيعى، بمعـنى أن يكون الفرد قـد مـر بالمراحل السابقة، وتمكن من أن يحصل على إشبـاع مناسب لكل منها، بحيث ييسر له هذا الإشباع الانتقال إلى المرحلة التالية. أما إذا لم يحصل على الإشباع المناسب حدث ما يسمـيه «فرويد» (التثـبيت) (Fixation) والتثبيت - كـما أوضحنا - هو توقف النمو النفسى - جنـسى عند مرحلة معينة، مما يجعل الفـرد أميل إلى النكوص إلى هذه المرحلة وإشباعاتها فيما بعد، إذا ما واجهته مواقف صعبة أو قاسية فى حياته. كما قد يتكون فى هذه الحال الأخيرة لدى الشخص ما يسمى «بالعصاب الطفلى»، حتى ولو بدا سويًا فى سلوكه أمام الآخرين.



(ب) الشخصية من الناحية الدينامية:

الشخصية عند «فرويد» تنظيم دينامى. والقاعـدة الأساسية فى نمو الشخصية هى الصراع الدائم والمستمر بين قوى اللبـيدو، والتى تتطلب الإشباع، وبين موانع العالم الخـارجى، التى تتمـثل داخل الإنسان فى الأنـا الأعلى أو الضميـر، والتى تقف فى وجـه هذا الإشـبـاع. وأشكال الصـراع مـا ينتـج عنه، يؤثر دائمًا فى الشخصـية وفى تطورها وفى السلوك الذى يصدر عنها. والنتـائج التى تترتب على صدور سلوك ما. تؤثر على أساليب السلوك المسـتقبلية. وعلى هذا يكون السلوك محـصلة لقوى معـينة فى لحظة معينـة. والتنبؤ به يحتـاج إلى معرفـة هذه القوى وطبيـعة علاقات التـفاعل والصراع القـائمة بينها. وهكذا نجـد أن الشخصـية عند «فرويد» أبعد ما تكون عن الثبات والجمود، إنما هى تنظيم دائم التفاعل والدينامية.

(ج) الشخصية من الناحية الطبوغرافية:

يقوم الصراع داخل الإنسان بين قوى ثلاث هى: الهو والأنا والأنا الأعلى. أما **الهو** فيمثل الجزء الأساسى منها تلك الطاقة الغريزية التى يولد الفرد مزودًا بها. وقوام هذه الطاقة مـجموعة الغـرائز الجنسية والعدوانية، ويضـاف إلى هذه الغرائز العمليات العقلية التى كبتت وانفصلت عن الحياة الشعورية، والهى تدفع الفرد إلى إشباع الرغـبات الغريزية بصرف النظـر عن أية اعتبارات، وهو فى هذا يتـبع مبدأ اللذة، وتتوقف قدرة الهى على إمكانات الـفرد العضوية وطبيعة إفـراز الهرمونات لديه.

والأنا جهاز ينشـأ نتيجة للتـفاعل بين الكائن وبيئته. أى بـين الرغبات التى تتطلب الإشباع وبين الموانع التى تضعها البيئة. ونشاط الأنا شعورى ووظيفته حفظ توازن الشخـصية والدفـاع عنها. وقد نشـأ الأنا أصلاً لينظم إشبـاع غرائز الهى، وحـتى لا تصطدم مع الواقع الخارجى، أو مـع الأنا الأعلى. ويعمل الأنا حـسب مبدأ الواقع، بمعنى أنه يراعى المواصفات الاجتماعية ومطالب البيئة. ولذا فإنه كثيرًا ما يكبح جـماح «الهى» حتى لا تتعرض الشـخصية للخطر أو للألـم. وكلما كان الأنا قويًا حظيت الشخصية بالاتزان والصحة النفسية.



والأنا الأعلى هو آخر أجهزة الشخصية فى النمو وينشأ عندما يستدخل الطفل قيم المجتمع ومثله العليا وأخلاقياته داخل نفسه. ويقوم الأنا الأعلى بوظيفة وكيل المجتمع داخل الفرد. وبذلك يقيم الطفل من نفسه رقيبًا داخليًا على تصرفاته، ومعظم نشاط الأنا الأعلى لا شعورى. وتتوقف درجة قوة الأنا الأعلى على التحذيرات والتوجيهات والتعليمات التى تلقاها الفرد فى الصغر، ونوع المكافآت والعقوبات التى تعرض لها أثناء تنشئته.

ويحدث التفاعل فى الشخصية بين الأجهزة الثلاثة على النحو التالى: تدفع الهى بالفرد إلى الإشباع، ولكن الأنا تقف فى وجه هذا الإشباع إلا فى الحالات التى تسمح فيها الثقافة بذلك. وعلى الأنا أن يحول دائمًا بين الصدام المباشر للقوتين المتطرفتين: الهى والأنا الأعلى. وأن يوازن بينهما. وعلى قدر ما يحقق الأنا من نجاح فى مهمته يكون توافق الفرد واتزانه، وعلى قدر ضعف الأنا وعدم قدرته على القيام بوظيفته يكون ضعف الفرد وتردده وتخاذله واضطرابه. وإذا تغلبت «الهى» فى هذا الصراع صار الفرد مندفعًا أهوج عدوانيًا، وإذا تغلب «الأنا الأعلى» أصبح الفرد منطويًا منكمشًا متزمتًا كثير اللوم لنفسه عازفًا عن المشاركة فى أنشطة الحياة اليومية والاجتماعية.

(د) المبادئ التى تحكم نمو الشخصية:

يحكم نمو الشخصية عند فرويد أربعة مبادئ هى:

١- مبدأ اللذة:

وهو أول المبادئ التى يسير عليها سلوك الفرد حيث تسيطر الهى على الشخصية. فقبل أن ينشأ الأنا أو الأنا الأعلى نجد الطفل يسعى إلى إشباع ما يشعر به من حاجات ورغبات ولا يحد من تحقيق رغباته سوى منع الأم له. ولكن هذا المبدأ لا يستمر طويلاً فى توجيه سلوك الفرد، بل سرعان ما تظهر مبادئ أخرى. ولكن هذا المبدأ مع ذلك يظهر فى حياة الراشدين حين تضعف الرقابة كما فى أحلام النوم، وفى الخيالات وفى أحلام اليقظة، أو فى حالات المرض النفسى أو المرض العقلى، حيث ينهار الأنا أو يضعف، فتعود «للهى» سيطرتها على السلوك.



بل ويظهر أثر هذا المبدأ فى سلوك الراشدين «العادى» فى الحياة اليومية، ويكون هذا السلوك فى بعض الأحيان متسقًا مع المعايير الاجتماعية والخلقية، وفى أحيان أخرى يتعارض معها.

٢- مبدأ الواقع:

لا يستمر مبدأ اللذة طويلاً متحكمًا فى سلوك الطفل. بل يظهر مبدأ جديد من جراء احتكاك الطفل بالمحيطين به، وهو مبدأ الواقع. ويسود هذا المبدأ مع ظهور «الأنا» كجهاز حاكم لتصرفات الطفل، وتتأكد سيادة هذا المبدأ عندما يدرك الطفل أن إشباع مبدأ اللذة لا يجلب له السرور دائمًا، بل أحيانًا ما يسبب له الألم، فيتعلم حينئذ أن يؤجل بعض الرغبات أو أن يتحايل لإشباعها، أو أن يلغيها. ومبدأ الواقع هو الذى يسود فى حياة الراشدين الأسوياء فى معظم الحالات.

٣- مبدأ الثنائية:

وفحواه أن الفرد يقابل فى معظم مواقفه طرفين أو بديلين وعليه أن يختار أحدهما، فإما أن يفعل الشىء أو لا يفعله. وعندما يتجه الفرد إلى أحد الأطراف، فإنه لا يبقى عنده طويلاً، بل نجده يميل إلى الطرف الآخر، وهكذا يظل الفرد فى حركة بندولية بين طرفى الموقف لإحداث التوازن. ويحاول الفرد أحيانًا أن يحقق هذا التوازن بأن يقف فى نقطة وسط بين الطرفين، ولكنه لا يستطيع أن يبقى فيها فترة طويلة لأنه يجد نفسه تحت ضغوط عضوية أو اجتماعية منحازًا إلى أحد الأطراف. ومن هنا لا يستطيع إطالة المكوث فى منطقة الوسط أو نقطة السكون.

٤- مبدأ إجبار التكرار:

وهو ميل الفرد إلى تكرار السلوك المرتبط بخبرات قوية فى حياة الفرد الماضية. فنجد الفرد يميل إلى إتيان بعض أساليب السلوك التى سبق أن صدرت عنه وحققت له لذة كبيرة ومتعة خاصة، بل وقد يكرر الفرد أساليب السلوك التى سببت له الألم والضيق، وهو ما يبدو معارضًا لمبدأ اللذة. وقد اضطر فرويد إلى افتراض هذا المبدأ لما لاحظه عند بعض مرضاه العصابيين من ميل قهرى إلى إعادة أساليب سلوكية تسبب لهم الألم أو الوقوف فى مواقف تسبب الإحراج والمهانة.



ونستطيع أن نجد المبادئ الثلاثة الأولى واضحة فى سلوك كل الأفراد، فى حين أن المبدأ الرابع - كما قلنا - مستوحى من دراسة السلوك المرضى بالدرجة الأولى. وتتعاقب هذه المبادئ بحكم نمو الشخصية والسلوك. وانتقال الفرد من مبدأ إلى آخر لا يلغى وجود المبدأ الأول؛ لأن كل المبادئ يظهر تأثيرها على السلوك وفى فترات مختلفة، وفى المواقف المتباينة. فلا نستطيع أن نصف شخصًا بأنه يسير فى حياته وفق مبدأ معين، إنما نستطيع أن نحكم على سلوك معين، بأنه صدر تحت تأثير مبدأ اللذة أو الواقع أو غيرها.

ثانيًا: نظرية المثير والاستجابة

مقدمة:

هناك أكثر من اتجاه يمثل هذه النظرية. وتختلف هذه الاتجاهات فيما بينها وإن اتفقت على أنها قامت على أساس علاقة المثير - استجابة أو «م - س» وقد تأثرت هذه النظرية ببحوث بافلوف فى الفعل المنعكس الشرطى, وببحوث ثورنديك فى المحاولة والخطأ واكتشافه لقانون الأثر. وكذلك تأثرت الأسس الفكرية والمنهجية لهذه المدرسة ببحوث واطسن. وقد أراد واطسن أن يخلص علم النفس من الذاتية والحدس، وتحمس لوضع علم موضوعى يضاهى علوم الفيزياء. وأنكر أثر الوراثة واعتبر التأثير الذى ينسب إليها نوعًا من الخرافة ينبغى أن يقاوم. وقد استفاد من كل هذه الأصول عالم النفس الأمريكى «كلارك هل» الذى وضع إطارًا لنظرية متكاملة. وقد وضع «هل» محاولته فى البداية لتفسير التعلم، ثم أكملها لتصبح صالحة لتفسير كل الظواهر السلوكية. وقد حاول عدد من تلاميذ «هل» ملء هذا الإطار السلوكى فقاموا بعدد كبير من التجارب، ومن أشهر هؤلاء التلاميذ «دولارد» و«ميللر» و«ماور» و«سيرز».

وسنشير إلى الخطوط العريضة لنظرية المثير والاستجابة كما صاغها «جون دولارد» و«نيل ميللر». وقد اشتركا معًا فى مجموعة من المؤلفات استلهما فيها الإطار النظرى لأستاذهما، كما استفادا من المفاهيم التى جاءت بها نظرية التحليل النفسى.



بناء الشخصية:

كما افترضت نظرية التحليل النفسى وجـود طاقة غريزية تنمو حسب قواعد معينة هـى «البيدو» فإن نظرية المثيـر والاستجابة افـترضت مفهـوم العادة. والعادة عبارة عـن رابطة بين مثير واسـتجابة. ويحتل مـفهوم العادة مـركز النواة فى هذه النظرية. وتتكون العادة عندمـا تتدعم الرابطة بين مثـير واستجابة، وتقـوى بحيث يكفى حدوث المثير لصدور الاستجـابة. ولم يحاول واضعا النظرية أن يحددا عدد العادات عند الإنسان أو تسمية أهمهـا، وإنما اهتما بتوضيح الظروف والشروط التى تحكم نمو العادة وتقويتها أو تحكم ضعفها وانحلالها.

وقد افـترضت النظرية السـلوكية وجـود عدد من الدوافع الأوليـة التى يولد الفرد مزودًا بهـا. والدافع فى هذه النظرية مثير قـوى يدفع الفرد إلى أن يسلك أو يستجيب بطريقة أو بأخـرى حتى يخفض التوتر الناشئ عن إثارة الدافع. وبجانب الدوافع الأولية توجـد الدوافع الثانوية التى اكتـسبهـا الفرد فى محاولاته لإشـباع الدوافع الأولية. ويرى «دولارد» و«مـيللر» أن الإنسان فى حـياة المدنية الحـديثة لا يتوجه سلوكه بالدوافع الأولية بقدر مـا يتوجه بالدوافع الثانوية. فالإنسان لا ينتظر حتى تظهر العلامـات الأولية لدافع الجوع (تقلصات المعدة وانخفـاض نسبة السكر فى الدم) وإنما يسعى للطعام استجابة للـدوافع الثانوية مثل موعد الطعام ومكانه أو رائحته.

نمو الشخصية:

وتنمو الشخصية بناءً على تطور المادة الخـام لها. والمادة الخام للشخصية هى مجمـوعة الدوافع الأولية والدوافع الثانوية. ويتكون من الدوافـع الأولية والثانوية تنظيمات هرمية للاستجابة. بمعنى أن تترتب مجموعة من الاستجابات ترتيبًا خاصًا حسب درجة تدعيمها، وتصـدر حسب هذا الترتيب. وقد ينتج بين التنظيمات نوع من الصراع.

ويحـدد «دولارد» و«ميللر» ثلاثة أشكـال رئيسـة من الصراع وهى: صـراع الإقدام - الإقـدام، وصراع الإحجام - الإحـجام، وصراع الإقدام - الإحـجام، وسنتحدث عنها فيما بعد عند تناولنا لموضوع الصراع.



أما العوامل التى تثير الصراع فى نفس الطفل فأولها ظروف تنشئته، ونوع المعاملة التى تلقاها. حيث يحدث فى كثير من الأحيان أن يلجأ الآباء إلى عقاب الطفل أثناء تعليمه فى مواقف الفطام والإخراج والجنس والعدوان. فإذا تكرر العقاب لسلوك معين فإن الطفل يكبت هذه الخبرة لأنها مثيرة للألم، وتصبح المثيرات الأخرى التى ارتبطت بصورة من الصور بهذا السلوك مثيرة للخوف أيضًا بعد عملية الكبت. ويكون الفرد غير مدرك لسبب الخوف أو مصدره بالتحديد. فكل ما يشعر به الفرد أنه يخاف من مثيرات أو مواقف لا تستدعى الخوف، ولا يخاف منها الآخرون. وعندما لا يستطيع الفرد أن يحدد مصدر خوفه، فإن هذا الخوف المبهم يسمى قلقًا. وإذا كانت الخبرات المكبوتة عنيفة بحيث إنها تتغلب على القوى الكابتة، فإن الفرد يشعر بالقلق الشديد، كلما اقتربت هذه المكبوتات من منطقة الوعى. ويلجأ الفرد لكى يقلل من قلقه المثار إلى إتيان أساليب سلوكية غير مرغوبة، وهى الأعراض العصابية مثل الأعراض الهستيرية أو أعراض الاغتسال المسرف أو الأفكار المتسلطة.

ثالثًا: نظرية الذات

مقدمة:

وجه النقد إلى كثير من نظريات الشخصية لأنها لا تتناول السلوك ككل أو كتعبير عن الشخصية فى موقف معين. وعيب على هذه النظريات أنها انساقت، بدعوى الدقة، إلى تجزئة الظاهرة السلوكية. وكان أصحاب مدرسة الجشطلت أقوى الداعين إلى الحرص على دراسة السلوك بصفته الكلية. وقد أبان هؤلاء الباحثون أن المجال الذى يوجد فيه الإنسان يؤثر على إدراكه، وبالتالى على سلوكه. فلا يمكن إذن دراسة السلوك بعيدًا عن المجال الذى يوجد فيه الفرد. ولكن المجال هنا ليس هو المجال الخارجى أو الموضوعى ولكنه المجال كما يدركه الفرد نفسه، أى المجال المدرك وليس المجال كما هو فى الواقع والحقيقة. وهو ما يسمى بالمجال الظاهرى أو «المجال الفينومنولوجى» (Phenomenolegioal Field)، وفكرة المجال الظاهرى هى التى بنى عليها «كارل روجرز» نظريته فى الشخصية المسماة بـ «نظرية الذات»، واعتمد فى صياغتها على نتائج مدرسة الجشطلت وأفكار الفلاسفة



الظواهريين. وقد دخل روجرز ميدان نظريات الشخصية من الباب العملى التطبيقى حيث ذاع صيتـه كصاحب أسلوب جديد فى العلاج النفسـى، وهو العلاج المتركز حول العميل (Client-Centred Therapy).

مكافحة الذات فى نظرية روجرز:

أما الذات فهى المفـهوم والنواة فى نظرية روجرز عن الشـخصية، كمـفهوم الليبدو فى نظريـة التحليل النفسى، ومفهـوم العادة فى نظرية المثير - الاسـتجابة. وقد حدد روجرز خصائص الذات فيما يأتى:

- إن الذات تنمو من تفاعل الكائن مع بيئته.
- إن الذات قد تمتص قيم الآخرين وتدركها بطريقة مشوهة.
- إن الذات تنزع إلى الاتساق.
- إن الكائن يسلك بطريقة تتفق مع الذات.
- الخبرات التى لا تتسق مع الذات تدرك بوصفها تهديدات.
- قد تتغير الذات نتيجة للنضج والتعلم.

وهذه الخصائص وتفسيرها قد وضعها روجرز فى تسع عشرة قضية، عرضها فى كتـابه العلاج المتمـركز حول العـميل، ثم أضاف إليـها ثلاث قضـايا أخرى. خصص القضايـا الأولى لشرح مفهوم المجال الظاهرى موضـحًا أنه إذا كان إدراكنا للمواقف الخارجيـة هو الذى يحدد سلوكنا فى هذه المواقف، فإن فكرتنا عن ذواتنا تؤثر إلى حد بعـيد فى إدراكنا للمواقف الخـارجية. ومـعنى ذلك أن فكرة الإنسان عن ذاته هى التى تحدد إلى درجة كـبيرة سلوكه واستجـاباته فى المواقف المختلفة. والذات هى ذلك الجزء من المجال الظاهرى الذى يأخذ تدريجيًا فى التمايز عن بقية المجال، وهى تتكون من مجموع إدراكات الفرد لنفـسه وتقييمه لها. ولا يجب أن يحدث خلط بين مـفهوم الأنا كمـا افترضـه فرويد، ومفهـوم الذات كما افتـرضه روجرز. فالأنا عند فرويد هى مجموع الوظائف النفسية الشعورية، أما الذات فهى إدراكه لهذه الوظائف أى إدراكـه للأنا، فإذا كانت الأنا موضـوعًا، فإن الذات هى إدراك هذا الموضوع.

وتناقش القضايا التاليـة - ابتداءً من القضية التاسعة - كـيفية تكوين الذات، وكيف أنها تتكون خلال التـفاعل المستمر بين الكائن وبين البيئة التـى يعيش فيها. مع مـلاحظة أن تمايز الأنا الجـسمـانى يسـبق تكون الأنا النفـسى؛ لأن الطفل فى شهـوره الأولى قد يتناول قدمه ويـعبث بها باعتـبارها لعبـة من ألعابه. أى أنه لا يستطيع أن يميز ما ينـتمى إليه، وما لا ينتمى إليه، وحيث يعتبـر جسمه جزءًا من العالم الفيزيقى المحيط به، وكأن جسمه امتداد لهذا العالم. ولكن الطفل فى خلال العام الأول يستطيع أن يمـيز جسمه، وبذلك يحـقق التمايز الجسمى. أمـا التمايز على المستـوى النفسى فلا يحدث إلا فى العـام الثانى عندما يتكون الأنا «بالمفـهوم الفـرويدى» فـإذا كـون الطفل فكرة عن هـذه الأنا من مـلاحظات الآخـرين على سلوكه، فإن هذه الفكرة تمثل الذات بالمعنى الروجرزى.

الذات كموجه للسلوك:

وعندما تتكون الذات نجد الفرد يسلك بطريقـة متسقة معها. فالقـضية الثانية عشـرة تقول: «تتسق مـعظم الطرق التى يختـارها الفرد لسلوكـه مع مفهـومه عن نفـسه». وهذا هو مـعنى ثبات الذات. أى أن الـفرد لا يتـصرف بطريقـة تناقض مفهـومه عن ذاته. فمن يدرك نفسـه كمتفـوق يرحب بمواقف التنافس، بعكس ما يحدث ممن يدركون أنفسـهم كمتخلفين أو كعاجـزين. ولكن الذات ليست المحدد الوحيد للسلوك. حـيث يقرر روجرز أنه قد يصدر السلوك عن خـبرات وحاجات عضوية لم تصل إلى مـستوى التعبيـر الرمزى، وربما لا يتسق هذا السلوك مع بناء الذات، أى أن الذات من ناحية والحـاجات العضوية للكائن من ناحيـة أخرى هما اللذان يحـددان سلوك الفرد. فـإذا عـملا مـعًا اسـتطاع الفـرد أن يحقق التـوافق النفسى، أما إذا تعارضا فإن الفرد يعـانى من الصراع ويقع فريسة للمرض النفسى. ويتحدث روجـرز فى القضية الأخـيرة عن الأساليب التى يمكن بهـا إعادة التوافق النفـسى مرة أخـرى للفرد. ويحـدث ذلك تحت ظروف معـينة، وهى التى تشكل العلاج غير الموجه أو العلاج المتمركز حول العميل الذى ارتبط باسم روجرز.

رابعاً: نظرية السمات فى الشخصية

يميل الاتجاه الموضوعى فى بحث الشخصية وقياسها إلى النظر إليها على أنها تركيب يضم مجموعة من السمات (traits) يمكن كشفها ووضعها وإخضاعها للقياس فى واحد أو أكثر من أشكاله المتعددة.

مفهوم السمة:

كيف نفهم السمة: يمرّ الشخص بظروف متنوعة الشروط خلال حياته اليومية ويواجهها بأشكال من السلوك فإذا جعلنا هذا الشخص موضوع ملاحظة تبين لنا من سلوكه أنه ينقل خبرات لديه من ميدان أو إطار سابق إلى آخر، وأن ثمة صفات يتكرر ظهورها فى أشكال من سلوكه.

لنأخذ مثالاً من حياة إنسان، نلاحظه فى مواقف تتطلب تحمل المسؤولية، نقف عند شاب فى السنة الثالثة من دراسته الجامعية ونلاحظ سلوكه اليومى لعدد من الأيام. إن من جملة ما نراه عنده أنه يتابع دراسته بانتظام، وأنه يعد ما يطلب منه من مهمات بشكل مناسب فإذا دعى إلى إبداء الرأى أعرب عن رأيه ودافع عنه. وإذا كلف بإعداد رحلة يشارك فيها زملاؤه أعدها شاعراً بمسؤوليته عن كل جزء منها.

وحين يجتمع مع الآخرين يبدو عليه مصغيًا لما يقال، بعيدًا عن السرعة فى الانفعال، حريصًا على أن يعطى كل إنسان حقه وأن يحمل كل إنسان مسؤولية عمله، فإذا وقع منه ما يمكن أن يلام عليه، وكان مخطئًا أو مقصرًا، اعترف بمسؤوليته وأنكر على بعض الناس اتكالهم على غيرهم وتقلبهم وتحميل الآخرين مسؤوليات أخطائهم. إننا هنا أمام عدد من ظروف الحياة وأشكال من سلوك هذا الشاب أن بين ظروفه التى نطالع أمرها شيئًا من الاشتراك بشرط أو أكثر وبين أشكال سلوكه التى لاحظناها عنصر مشترك ينساب فيها كلها وهو نزوعه الإيجابى نحو تحمل المسؤولية. إننا نعتبر هذا النزوع الإيجابى تعبيراً عن سمة من سمات الشخصية، أما تنظيمه الأمور، ودأبه، وإصغاؤه، وتصميمه، فأشكال من السلوك تنعكس فيها هذه السمة؛ والسمة إذن هى أصل فيما يتميز به الشخص، وهى تبطن أشكال سلوكه الظاهر.



بناءً على هذا نستطيع الوصول إلى ما يلى من النتائج التى تشكل الأساس فى نظرية السمات:

١- أن كل سمة هى نزوع لدى الشخص للاستجابة بطريقة معينة نحو نوع من المؤثرات.

٢- أن لدى كل شخص عدداً من السمات، ومجموعها هو الذى يميز الشخصية.

تقسيم السمات عند (ألبورت):

١- السمات العامة والخاصة (الفريدة):

السمات العامة هى السمات المشتركة أو الشائعة بين عدد كبير من الأفراد فى حضارة معينة، وقد تكون فى حضارات كثيرة كذلك، أو قد تشيع بين الأفراد على وجه العموم.

ومن أمثلة السمات المشتركة للشخصية السيطرة والانطواء، الاتزان الوجدانى، والسمة العامة هى مظاهر عديدة للشخصية، يمكننا أن نقارن بها بصورة معتدلة جميع الأفراد الذين ينتمون إلى بيئة ثقافية معينة، فالسمات العامة إذن تلك المظاهر من الشخصية التى يمكننا أن نقارن بها بصورة معتدلة ومفيدة معظم الأفراد فى بيئة ثقافية معينة.

يعرف (ألبورت) السمة العامة بأنها فئة تصنف فيها أشكال السلوك المتكافئة وظيفيًا لدى المجموع العام من الناس، ورغم تأثرها باعتبارات مصطنعة فإن السمة المشتركة تعكس إلى حد ما الاستعدادات الحقيقية والتى يمكن مقارنتها لدى الكثير من الشخصيات ونتيجة للطبيعة البشرية العامة والثقافية المشتركة فإنها تنمى أساليب متشابهة من توافقهم مع بيئاتهم ولكن بدرجات مختلفة.

والسمة الفردية هى فحسب التى يمكن اعتبارها سمة حقيقية لأن السمات توجد دائمًا فى أفراد وليس فى المجموع بشكل عام ولأنها تتحاور وتعمم إلى استعدادات دينامية بطرق فريدة وفقًا لخبرات كل فرد، وأن السمة المشتركة ليست سمة حقيقية إلا أنها مجرد جانب صالح للقياس من السمات الفريدة المعقدة، ورغم وجود تشابهات فى أبنية السمة لدى أفراد مختلفين فإن الطريقة التى تعمل بها أية سمة بالذات لدى شخص معين تكون دائمًا خصائص فريدة تميزها عن جميع السمات المشابهة لدى الأشخاص الآخرين.



ورغم توضيح (ألبورت) لأهمية كلا النوعين من السمات العامة والخاصة أو المشتركة والفريدة إلا أنه يضع السمات المشتركة فى مستوى أدنى من الفريدة إذ يرى أن الأخيرة هى الجديرة بالدراسة وهو يبدو فى ذلك بفكرة التغير والتفرد ولكن فكرة (ألبورت) هذه لا يوافق عليها كثير من دارسى الشخصية وخصوصًا الذين يستخدمون منهج التحليل العاملى ذلك أن العلم يهتم بالدرجة الأولى بالجوانب العامة التى يشترك فيها الأفراد ويتشابهون وهذا المدخل الأخير يساعد على إمكان إجراء القياس وعقد المقارنات.

وعلى أى حال فإن هذا الخلاف يعكس التعارض القائم فى علم النفس عامة بين المنهج الإحصائى أو السيكومترى الذى يركز على ما هو مشترك مقابل المنهج الإكلينيكى الذى يركز على السمات الفردية، ودراسة الحالة ولو أن وجهة النظر الإكلينيكية الحديثة تعتمد على أسس سيكومترية إحصائية.

السمات الأصلية (الأساسية) والمركزية والثانوية:

إنه من المفيد أن نتعرف على أن السمات قد تختلف فى دلالتها وأهميتها فى بناء الشخصية، حيث إن بعض الأفراد قد تكون لديهم سمة واحدة قوية إلى حد أن معظم سلوكياتهم تتأثر بها وهى ما تسمى بالسمة الرئيسة، وأنها تبلغ من السيادة قدرًا لا تستطيع سوى نشاطات قليلة ألا تخضع لتأثيرها إما بشكل مباشر أو غير مباشر، ولا يمكن لمثل تلك السمة أن تظل مختفية طويلاً، فالفرد يعرف بها حتى أنه يصبح مشهورًا بها، ويطلق عليه أحيانًا مثل تلك الصفة السائدة اسم السمة البارزة أو المشهورة المسيطرة، أو السائدة أو أصل الحياة، والسمات المركزية، وهى أكثر شيوعًا وهى تمثل الميول التى تميز الفرد تمامًا والتى كثيرًا ما تظهر. ويكون استنتاجها سهلاً تمامًا وعددها لا يتجاوز خمس أو عشر سمات، أما السمات الثانوية فهى أقل حدوثًا وأقل أهمية فى وصف الشخصية وأكثر تركيزًا من حيث الاستجابات التى تؤدى إليها أيضًا من حيث المنبهات التى تناسبها.

السمات التعبيرية والاتجاهية:

السمات التعبيرية هى سمات معينة تؤثر على شكل السلوك أو تلونه ولكنها لا تكون واقعية لدى أغلب الأفراد (كما هو الحال بالنسبة للميول والقيم والغايات البعيدة). ومن أمثلتها: السيطرة والمثابرة وقد يظهر الفرد تلك السمات بصرف



النظر عن الهدف الذى يسعى إليه، أما السمات الاتجاهية فهى سمات ذات تأثير محدود فى مجالات معينة من مجالات الحياة، وبعد تصنيفه للسمات يوضح (ألبورت) أن السمات ليست مستقلة بل متداخلة، ولا يوجد فاصل بين سمة وأخرى، وهذا التداخل يعتبر بشكل جزئى أنه ليس فى الإمكان التوصل إلى طرق مرضية تمامًا لتصنيف السمات، ورغم أن السمات يتم انتظامها بشكل فريد وفردى يضم عناصر تبدو متسقة والذى يعكسه السلوك فلا يعنى ذلك أن أى أو كل خاصية تحقق تكاملاً تامًا والكبت والتفكك قد يوجدان خلال أى حياة.

تقسيم السمات عند (كاتل):

من حيث الشمولية:

أ - سمات مصدرية. ب- سمات سطحية.

السمات المصدرية: هى التكوينات الحقيقية الكامنة خلف السمات السطحية والتى تساعد على تفسير السلوك الإنسانى والسمات وهى ثابتة وذات أهمية بالغة.

والسمات السطحية: هى تجمعات للظواهر أو الأحداث السلوكية التى يمكن ملاحظاتها وهى أقل ثباتًا كما أنها مجرد سمات وصفية، ثم فهى أقل أهمية من وجهة نظر كاتل بل إنها الوسيط لظهور السمات المصدرية.

خامساً: نظريات الأنماط

سوف نقف فيما يلى من الحديث عند أربع نظريات فى الأنماط نأخذ أولاها من حضارة اليونان، ونأخذ الثانية والثالثة والرابعة من الدراسات الحديثة:

أ) الأنماط عند أبيقراط:

كان أبيقراط (hippocrates) (٤٠٠ق م) يرى أن الأمزجة تعود إلى أربعة أنماط، وقد اعتمد فى هذا التصنيف على العناصر التى يتكون منها الجسم الإنسانى والاختلاطات التى تتكون ضمنه والأنماط الأربعة كما يراها هى:

١- **المزاج الدموى (the samguine temperament)**: ويظهر معه الشخص نشطًا وسريعًا، وسهل الاستثارة من غير عمق أو طول مدة، وهو أميل إلى الضعف من ناحية المثابرة والدأب.



٢- **المزاج الصفراوى (the choleric temperament)**: ويغلب عليـه التســرع، وقلة السرور، وشدة الانفعال.

٣- **المزاج السوداوى (the melanholic temperament)**: ويغلب عليه الاكـتئاب والحزن.

٤- **المزاج البلغمى أو اللمــفاوى (the ghlematic temperament)**: ويغلب عليـه التبلد والبطء، وضعف الانفعال وعدم الاكتراث.

ترجع هذه الأنماط الأربعة إلى غلبة واحد من أخلاط الجسد الأربعة وهى:

الدم والصفراء، والسوداء، والبلغم إلا أن أبيقراط يضيف إلى ذلك قوله: أن الإنسان السوى السليم هو الذى تمتزج عنده هذه الأمزجة الأربعة بنسب متفاوتة.

وقد بقى هذا التصنيف مقبولاً فى أوروبا خلال العصور الوسطى وترك آثاره فى بعض الكتابات الأدبية.

ب) الأنماط عند يونغ:

يعتـبر التصنيف الثنـائى للشخصـية كمـا ظهر عند يونغ (Jung, 1922) من أوسع أشكال التـصنيف الحديثـة انتشارًا أو تأثيـرًا لدى العاملين فـى هذا الحقل أو المتتبـعين له يرى يونغ أن **هناك نمطين رئيـسيين للشـخصـية**: أحدهما المنطلق أو المنبـسط (Exvovert) **والثـانى المنطـوى أو المنكمش** (Imterovert) ويكون الاتجـاه الرئيسى للأول نحو العالم الخارجى بينما يكون التـمركز الرئيسى للثانى حول ذات الشخص وداخله. **يتـميـز المنطلق** بحب الاخـتلاط، والمرح، وكـثرة الحـديث، وسهولة التعبـير، وحب الظهور، بينما **يتميـز الثانى** بالحساسيـة والعوز، والتأمل الذاتى، والانكماش، والميل إلى العـزلة، وقلة الحديث، إن الاختلافات الأسـاسية بين النمطين كما ذكرها يونغ تشير إلى عدد من الجوانب.

فالمنطلق يعمل بتأثير وقائع موضوعية بينما يتأثر المنطوى بعناصر أميل إلى أن تكون ذاتية تأمليـة. وسلوك الأول يوجهه الشـعور بالضرورة والحـاجة بينما يسـير سلوك الثانى على قواعد ومبادئ عامة.



ويكون الأول أقوى على التكيف بيسر بينما يكون الثانى مقصراً من هذه الناحية. والعصاب الغالب فى الأول هو الهستيريا، أما الغالب على الثانى فالقلق والوسواس المتسلط، على أن الحكم العام بالنسبة للنمطين يدعو إلى القول عن المنطلق أنه رجل عمل وإجراء بينما يقال عن الثانى أنه رجل تأمل ومناقشة.

لا يقف يونغ عند هذا الحدّ من التصنيف الثنائى، بل يفصّل الحديث فى تعبير الإنسان ويجعله فى أشكال: فهناك المنطلق العقلانى، وهناك المنطلق اللا عقلانى. وكذلك هناك المنطوى العقلانى والمنطوى اللاعقلانى فإذا عرفنا أننا نميز عند العقلانى بين من تغلب عليه صفات التفكير ومن تغلب عليه صفات المشاعر الانفعالية، فإننا نميز عندئذ بين منطلق عقلانى مفكر ومنطلق عقلانى مأخوذ بمشاعره الانفعالية. مثل هذا التمييز موجود كذلك فيما يتصل بالمنطوى.

ولكل من هذه الأشكال صفاته وكذلك للشكل اللاعقلانى يضاف إلى ذلك أن اللاعقلانى على أشكال فى النمطين، ولكل صفاته. وفيما يلى بيان تفصيلى بهذه الأشكال:

١- **المنطلق**: متجه عام نحو العالم الخارجى.

أ - المنطلق اللاعقلانى:

١- **التفكير**: مهتم بالواقع والتصنيف المنطقى، والحقيقة العملية.

٢- **الشعور الانفعالى**: نزوع نحو التناسق مع العالم، صلات حارة مع الآخرين.

ب- العقلانى:

١- **الإحساس**: متجه نحو المصادر الاجتماعية والمادية للذة والألم، ونحو طلبات الآخرين.

٢- **الحدس**: يستجيب للتغير، يحكم على الآخرين بسرعة، مغامر، مقامر.

٢- **المنطوى**: متجه عامة نحو الذات والأمور الخاصة.



أ - المنطوى العقلانى:

١- **التفكير**: نظرى، تأملى يدور حول الأفكار، غير عملى.

٢- **الشعور الانفعالى**: نزوع نحو التناسق الداخلى، مشغول بأحلامه الخاصة ومشاعره.

ب- المنطوى اللاعقلانى:

١- **الإحساس**: متجه نحو أكفاء الخبرة الحسية.

٢- **الحدس**: متجه نحو التأمل الذاتى، (سويعاتى) ومأخوذ بالطقوس.

ج) الأنماط عند بافلوف:

انطلق بافلوف (Pavlov) فى الخطاب الذى ألقاه فى مؤتمر الجراحين الروس يوم/ ٦ كانون الأول ١٩٢٧م من **ثلاثة منطلقات أساسية عند شرح نظريته عن أنماط الشخصية.**

يذهب فى الأول إلى أن الجهاز العصبى هو مركز الفعاليات النفسية، وأن ما يسميه بعضهم بالارتباطات النفسية ليس إلا ارتباطات فسيولوجية وأن مختلف الدراسات المخبرية التى قام بها لفترة طويلة من الزمن تعطى دليلاً كافيًا على ذلك. **ويذهب فى الثانى** إلى أن هناك ظاهرتين أساسيتين فى التكوين النفسى للإنسان (والحيوان) هما عمليتا الإثارة والكف، وأنهما مترابطتان، وأن فعالية الإنسان (والحيوان) منطلق منهما باستمرار، وأن الأولى تمثل نشاط الإنسان وإنتاجه بينما تمثل الثانية، وهى الكف، النزوع إلى الراحة واستعادة النشاط وحماية الخلايا من الإعياء والإفراط فى صرف الطاقة. **أما المنطلق الثالث** فالقول بأن الإنسان يحمل قدرة على التكيف، وأنه فى ذلك يحمل الكثير من الأفعال المنعكسة الطبيعية التى تُرى ثابتة ومتناسبة مع مؤثرها الأصلى، والكثير من الأفعال المنعكسة الشرطية التى تكون مكتسبة وقابلة للتعديل والتحويل، من هذه المنطلقات يأتى بافلوف للحديث عن أنماط المزاج عند الإنسان عن طريق الحديث عن الأنماط التى يجدها عند الكلب على أساس أن التشابه فى التكوين الفسيولوجى بين الاثنين يكفى لمثل هذا التعميم فهناك **أولاً** نمطان متطرفان يقابل أحدهما الإثارة وشدتها ويقابل الثانى الكف وهدوءه.



وهناك ثانيًا حال متوسط معتدل عنده شيء من الطرفين ولذلك فهو متوازن. ولكن هذا الحال المتوسط يعود، هو نفسه، إلى نمطين تبعًا لغلبة الإثارة أو الكف؛ فتكون الإثارة هي الغالبة في أحدهما، ويكون الكف هو الغالب في الثاني. وهكذا نحصل على أنماط أربعة للأمزجة كما يقول بافلوف، وهي كما يلي:

١- المندفع الذي يتميز بشدة الاستثارة، والاندفاع، والطيش وكثرة التسلط، والعدوانية ويبدو ذلك واضحًا عند الحيوان الذي يميل إلى العدوان.

٢- الخذول الذي يتميز بضعف النشاط، وتطرف الهدوء، والاكتئاب والسكينة، والخضوع، والتخاذل.

٣- النشط المتزن الذي يتميز بالاعتدال مع ظهور النشاط وكثرة الحركة والملل السريع حين لا يوجد ما يشغله، وهو فعّال ومنتج.

٤- الهادئ المتزن الذي يتميز بالقبول والمحافظة والرزانة، وهو عامل جيد ومنظم.

وينعطف بافلوف نحو الأنماط عند أبيقراط ليقارن بينها وبين ما قال به هو. يقول بافلوف: إن أبيقراط قد اقترب من الحقيقة كثيرًا من حيث قوله بالأنماط الأربعة للمزاج، ولكنه ابتعد عما يقبله العلم الحديث في الأساس الذي اعتمده في ذلك التصنيف.

والمقارنة بين الأنماط في الطرفين تقود إلى ما يلي:

أ - يقابل مزاج المندفع الذي يقول به بافلوف المزاج الصفراوي الذي يقول به أبيقراط.

ب - يقابل مزاج الخذول عند بافلوف المزاج السوداوي الذي يقول به أبيقراط.

جـ - يقابل مزاج النشط المتزن عند بافلوف المزاج الدموي الذي يقول به أبيقراط.

د - أما مزاج الهادئ المتزن الذي يقول به بافلوف فيقابله عند أبيقراط المزاج البلغمي أو اللمفاوي.



ويُعرّج بافلوف على الاضطرابات النفسية ليقول بأن نسبة من يأتى إلى العيادة من النمطين الأولين المتطرفين، المندفع والخذول هى أعلى بكثير من نسبة من يأتى من النمطين المعتدلين أو المتزنين والظاهر أن تمكن الأخير من التكيف مع شروط الحياة ومواجهتها بما يجب دون تطرف هو أقوى من تمكن الأولين فإذا أخذنا ما يغلب من اضطراب فى النمطين الأولين وجدنا الغلبة للوهن العصبى فى حالة المندفع والهستيريا فى حالة الخذول.

د) الأنماط عند شلدون:

أوضح شلدون (Sheldon,1942) فى نظريته عن الشخصية أنها ترجع إلى ثلاثة أنماط مزاجية، وأن كل نمط من أنماط الشخصية يقابل تركيبًا جسميًا معينًا وهو فى هذا التصنيف يعود إلى تركيب الجسم وما يغلب عليه من حيث الوزن، ونمو العضلات والطول، وما يتصل بها، ليقول فى النهاية بوجود ثلاثة أشكال من التركيب، ويرى كذلك أن هذه الأشكال الثلاثة تتمايز بتأثير من عوامل التعلم واحتياجات الجسم وإشباعها وتطمينه، ثم ينتهى من بحثه إلى القول بوجود أنماط للشخصية تقابل أشكال تركيب الجسم الثلاثة.

وحين تسمية هذه الأنماط نجده يشتق الأسماء من النزوع البادى فيها إلى حاجات الطعام فى التركيب الأول والحركة والنشاط فى الثانى، وعمل الدماغ فى الثالث. هذه الأنماط الثلاثة هى التالية:

١- النمط الحشوى (viscerotonia): وهو نمط الشخصية الذى يقابل تركيب الجسم الموصوف عامة بصفة (الداخلى التركيب Endomorphy) ويغلب عليه الاسترسال فى ممارسة ما يتصل بشؤون التغذية والشؤون العاطفية والاجتماعية، وإننا هنا أمام شخص ينام بسهولة ولا يستفيق خلال الليل بسهولة إنه يميل إلى الأكل ميلاً زائدًا، وينزع نحو البعد عن الحساسية والقلق وعدم الاطمئنان وهو يتميز بسهولة التوافق الاجتماعى وبحسن الصداقة مع كل من يعرفه، إنه بدين غالبًا، مستدير الجسم عند وسطه، وزنه العام أعظم من نسبة ما عنده من عضلات، وميله إلى الراحة والاسترخاء ظاهر.



٢- النمط الجسمى (somatotonia): وهو نمط الشخصية الذى يقابل تركيب الجسم المسمى (المعتدل التركيب) يتميز هذا النمط بتحمل الألم برضى وإرادة، والنزوع إلى السيطرة والعمل، وهو حين يتحدث إلى آخر ينظر إليه وإلى عينيه مباشرة، عنده ميل صادق نحو التدرب الرياضى القاسى، يحب الحمام البارد والسباحة عاريًا والاشتراك فى مغامرات تتطلب جهدًا جسديًا شديدًا، إنه يمثل المزاج الرياضى ويتميز بالتناسق الجسدى والحركة.

٣- النمط المخى (cerebrotonia): وهو نمط الشخصية الذى يقابل تركيب الجسم المسمى(الخارجى التركيب (Ectomorphy) إنه شخص لا يتحمل الألم برضى وإرادة، ويميل إلى الحساسية وسرعة الانفعال، ولا يجد متعة فى مجرد رفقة الآخرين ولا يعدّ هذه الرفقة عنصرًا هامًا. إنه يفضل عددًا قليلاً من الأصدقاء على العدد الكبير، ولا يبدى الصداقة بسهولة ثم إنه لا يؤثر الاشتراك فى مغامرات تتطلب جهدًا جسميًا شديدًا ولا يحب السباحة عاريًا والغالب عنده أن يكون نحيلاً.

كيف يحدث تكون الشخصية؟

أ- الاستعدادات الأولية: يولد الإنسان مزودًا بعدد غير قليل من الاستعدادات السلوكيه، إنه يقوم بعدد من الأفعال المنعكسة المتخصصة البسيطة، كما يقوم بعدد من الأفعال المعقدة الآتية عن نظام الأفعال المنعكسة البسيطة.

ب- عملية التعلم: هناك عدة مفاهيم تفسر عملية التعلم وتشرح ما يوجد فى الأسس منها، وبين أهم هذه المفاهيم ما يلى: الدافع أو الحاجة المثيرة، الاستجابة، الإشراط، التعزيز.

أما الدافع: فقوة محركة تدفع بالفرد إلى العمل من أجل إشباع غرض الدافع أو الحاجة قد يكون هذا الدافع حاجة أولية وهو عندئذ متصل بالتركيب البيولوجى للإنسان.

وأما المثير (stimulus): فهو تلك الإشارة التى توجه الاستجابة لتصدر عن الإنسان.



والمقصود من الاستجابة (Response): ذلك السلوك البسيط أو المعقد الذى يدفع إليه الدافع لمواجهة المثير وتلبية غرض الدافع نتيجة ذلك.

أما الارتباط بين المثير والاستجابة فيفسره الإشراط.

ويأتى بعد ذلك مصطلح التعزيز وما يرتبط به من إطفاء أو تثبيط، ويكون التعزيز العملية التى تساعد فى تقوية الارتباط بين المثير والاستجابة.

ج- تعلم الدوافع الثانوية: يتم تكوين الدوافع الثانوية أو الشخصية استنادًا إلى عمليات التعلم، وتقوم هذه الدوافع بوظائف مهمة فى حياة الإنسان سواء كانت باتجاه ما هو مناسب وسوىّ أم كانت باتجاه آخر.

العوامل المؤثرة فى الشخصية

مع أن معظم نظريات الشخصية تتفق، كما ذكرنا أن الشخصية هى نمط سلوكى متسق وثابت نسبيًا، إلا أنها تختلف فيما بينها عندما تُقدم على شرح أو تفسير محددات هذا الثبات النسبى والاتساق فى السلوك. **وأهم هذه التفسيرات هى:**

١- المحددات الوراثية:

إن الكلام عن تأثير الوراثة Genetic فى الشخصية يعود بنا إلى عصر الفلاسفة القدامى والخلاف بينهم والذى امتد إلى قطاع كبير فى مجال علم النفس ولم تستثن من ذلك نظريات الشخصية، ويرى البعض أن الوراثة لها الدور الأساسى فى تكوين الشخصية فهى الإجابة الوحيدة على السؤال: لماذا هذا الشخص طويل؟ وهى نفسها الإجابة على السؤال: لماذا هذا الشخص خجول؟. وكثيرًا ما تسمع أن شخصًا ما حاد الطبع كوالده، أو له نفس ميول عمه الإجرامية. وكل هذا يعكس التفسير الوراثى للخصائص الجسمية والانفعالية والاجتماعية على حدّ سواء.

وتمثل الوراثة كل العوامل الداخلية التى كانت موجودة عند بداية الحياة أى عند الإخصاب وتنتقل الوراثة إلى الفرد من والديه عن أجداده وسلالته عن طريق



المورثات (الجينات) التى تحتويها البويضة الأنثوية المخصبة من الحيوان المنوى الذكرى وتعتبر الوراثة عاملاً هامًا يؤثر فى النمو من حيث صفاته ومظاهره، ونوعه ومداه وزيادته ونقصانه، ونضجه وقصوره... إلخ. وهكذا تلعب الوراثة دورًا هامًا فى تحديد الخصائص الجسمية للفرد، وفى تكوين الجهاز العصبى الذى يلعب بدوره دورًا هامًا فى تحديد السلوك، والإنسان يرث الاستعدادات (الخصائص الأولية) للسلوك بشكل معين أى أن الوراثة تحدد الأساس الحيوى للشخصية.

ويرى أنصار الوراثة بذلك أننا لا نرث لون العينين أو لون الشعر والبشرة والخصائص الجسمية فحسب، بل إننا نرث أيضًا الخصائص العقلية والاجتماعية والانفعالية والخُلقية، وقد كانت لدراسات دارون ومن بعده فرنسيس جالتون دور رئيسى فى كشف أثر العوامل الوراثية فى السلوك، وتوالت بعد ذلك الدراسات على التوائم المتشابهة والتوائم الأخوية وشجرة العائلة والتى أكدت على هذه العلاقة؛ ولذلك فإن العديد من نظريات الشخصية تقبل ثبات السلوك كما لو كانت على الأقل استجابة جزئية للعوامل الوراثية، وكل نظريات الشخصية بنيت على أساس أن هناك شيئا موروثا على سبيل المثال:

- **الحاجات الفسيولوجية**: فرويد - سكنر - دولارد وميللر - ماسلو.
- **الميل لتأكيد الذات**: يونج - روجرز - ماسلو.
- **الاهتمامات الاجتماعية**: أدلر.

٢- المحددات الثقافية والاجتماعية:

طبقًا لتلك المحددات الثقافية المؤثرة، فإن الشخصية تتكون من عدة أدوار تلعبها، إذا طُلب منك أن تملأ ورقة فى أولها كلمة (أنا) وأن تضع قائمة بالصفات التى تراها فى نفسك، ستجد أنك فى حاجة إلى أكثر من قائمة فقد تكون: (ذكر / أنثى - عشرون سنة - طالب جامعى - مسلم / مسيحى - من الشرق الأوسط - طولك ١٨٠ سم - عضو فى منظمات عديدة - ديمقراطى - أعزب - جذاب - دارس لعلم النفس ... إلى آخره).

وكل الصفات التى وضعتها فى القائمة تفترض وجود دور يرتبط بها ولكل دور يحدد المجتمع نوع السلوك المقبول،و بعبارة أخرى - فإن لكل دور مدى من



السلوك يرتبط به ويعد مقبولا ثقافيًا، وإذا انحرفت عن هذا المدى فإنك سوف تتعرض لضغوط اجتماعية من نوع ما. هذا بالإضافة إلى العديد من المحددات الثقافية الأخرى للشخصية والتى تشمل المستوى الاقتصادى الاجتماعى لأسرة الفرد - حجم الأسرة، الترتيب الميلادى - الجنس - الديانة - الإقليم الذى تقيم فيه من الوطن، المستوى التعليمى الذى حققه الوالدين، وما إلى ذلك.

وطبقًا لذلك فإن الثقافة تحدد بوضوح كيف تسلك فئتين غير متماثلتين من الناس الأولى قد تنحدر من بيئة ذات مستوى غنى بالخبرات وهى تختلف عن الثانية التى تنحدر من مستوى فقير، هذه الظروف المصادفة فى أى شخص تولد بالتأكيد تأثيرا عظيما فى شخصيته.

وإذا كانت العلاقات الشخصية للفرد تأتى تحت فئة المحددات الثقافية الاجتماعية للشخصية فإن نظريات أدلر، هورنى، وإيريكسون على سبيل المثال كلهم يؤكدون على أهمية علاقة الطفل الأولى مع والديه والأشخاص الآخرين ذات الصلة به فى تشكيل خصائص الشخص الراشد فى المستقبل.

٣- التعليم:

إن القبول لأثر الوراثة فى الشخصية يمثل الجانب الفطرى من الصراع الفطرى/ التجريبى، وفى شرحنا لأثر التعليم على الشخصية إن هو إلا توضيح وقبول معًا لأثر الجانب التجريبى (البيئى) فى الشخصية. ولعلنا نذكر هنا عبارة واطسن المشهورة «أعطونى مجموعة من الأطفال الأصحاء سليمى البنية، وأنا كفيل أن أخرج منهم الطبيب والمحامى والفنان والتاجر ورئيس العمل، بل والشحاذ واللص، بصرف النظر عن استعداداتهم وميولهم وقدراتهم وأعمال آبائهم وأصولهم الوراثية. فليس ثمة شيء اسمه وراثة القدرات أو المهارات أو المزاج أو التكوين العقلى... إلخ».

وتبعًا لذلك فإننا نكون طبقًا لما شُجعنا لأن نكون عليه، وأبعد من ذلك - إذا اختلف تاريخنا من الإثابة تختلف شخصيتنا، فالفرق بين الشخص الناجح والشخص غير الناجح طبقًا لنظريات التعلم يرجع إلى وجود عنصر المكافأة أو نمط المكافأة، وليس للوراثة. وفى أى أسرة تُعزز أنماطا سلوكية معينة وتُستهجن أنماطا



أخرى، الأنماط السلوكـية المُعززة أو المُثابة تميل إلى الثـبات والاستمـرار، أما تلك الأنماط المُستـهجنة من السلوك فـإنها لا تثبت، وتعلم اللـغة أوضح نموذج لذلك، فكل والدين يريدان من طفلهما تعلم الكلام فكلما أصدر الطفل صوتًا ما يدل على كلمة فـعلية فإن الوالدين يكافآن الطـفل - على سبيل المثال إذا قـال طفل ما أثناء وقوفه بجوار حفرة واء - واء Waa, Waa فإن الوالدين يكافآن الطفل بالانتباه إليه، أو بالالتحام الجسدى به، أو إمداده بالماء أو بالثلاثة مـعًا، وغالبًا ما يكافأ بكلمات أخرى، وبالتدريج ينمو سلوكه اللغوى بصورة مـناسبة، وطبقًا لنظريات التعلم فإن كل خصائص الشخصية لها أصول مشابهة.

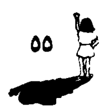
إن فاعلية هذه النظريات تـتضمن أنه يمكن التحكم فى تطور الشخـصية من خلال التحكم فى الظروف من خلال عـملية الإثابة بعدالة أو تفريط. ومن الممكن تشكيل صفات أية شخصية من خلال المكافأة التقليدية. مع ملاحظة أن هذا يوضح أن علماء الوراثة ينكرون الدور الذى يقـترحه علماء البيئـة من نظريات مثل سكنر Skinner ودولارد وميللر Dolard & Meller.

٤- الاعتبارات الإنسانية الوجودية:

يوجد عدد كـبير من نظريات الشخصـية تقلل من شأن وأهمية مـعرفة أصل الشخصـية وتعرف هذه النظريات بالنظريات الإنسانية الوجـودية وهى تهتم بكينونة الفرد «مـاذا يعنى أن تكون أنت ?What does it mean to be you أكـثر مما تهـتم بالحالة التى عليها الفرد ?Why are you the way you are مثل هذه النظريات تفجر أهمية الفاعلية العامة لوجود الإنسـان. على سبيل المثال إنها تسأل: ماذا يعنى أنك مدرك أنك لا محـالة ستموت يومًا مـا؟ وكيف ترتبط الحاجات الإنسـانية للأمان، والتنبؤ بالمستقبل بالحاجات الإنسانية للحرية والمغامرة - ومنها نظريات كيلى Kelly وماى May وروجرز Rogers وماسلو Maslow وكلها تقع فى هذه الفئة.

٥- الميكانزمات اللاشعورية:

تختلف النظريات التـى تؤكد على الميكانزمات اللاشـعورية فى السلوك عن النظريات الإنسانية الوجودية - حيث تهتم باكتـشاف العوامل الضمنية أو الأسباب الدفينة واللاشعـورية للسلوك. وتعرف بنظريات الأعمـاق، ولأن السبب الأساسى



للسلوك لاشعورى وله أصوله المترسبة من الطفولة، فإن الأبحاث التى تسعى للكشف عن هذه العوامل اللاشعورية هى أبحاث معقدة وتحتاج إلى أدوات معقدة كذلك. مثل تفسير الأحلام ورموزها، والمقابلة الحرة والتنويم المغناطيسى وتحليل محتوى الذاكرة.

وطبقًا لذلك؛ ولأن هذه الخصائص التى توجد فى اللاشعور يمكن أن تخرج إلى الشعور بعدة طرق وتؤثر فى السلوك دون أن يعى الفرد ذلك.. فإن إخراج محتوى اللاشعور إلى الشعور والكشف عن محتواه للتعرف عن العوامل المؤثرة فى السلوك عامل فى غاية الأهمية فى هذه النظريات.

وسوف نوضح ذلك بالتفصيل خلال هذا الكتاب الذى يقوم على شرح نظريات التحليل النفسى للشخصية والتى تؤكد كلها على الميكانزمات اللاشعورية وخاصة نظريتى فرويد ويونج.

وهكذا يمكن تلخيص العوامل المؤثرة فى تكوين ونمو الشخصية والتى تؤدى إلى ثبات واتساق فى سلوكها على أنها التفاعل بين المحددات التى سبق ذكرها كما يلى:

الوراثة
المستوى الثقافى الاجتماعى
التعليم
الوعى بالذات
السمات
الميكانزمات اللا شعورية
} الشخصية

ومن مكونات الشخصية أيضاً:

وإذا ما تساءلنا: مم تتكون شخصية الإنسان؟.. لوجدنا أنها تشتمل على ما يلى:

١- الدوافع. ٢- العادات. ٣- الميول أو الاهتمامات.

٤- العقل. ٥- العواطف. ٦- الآراء والعقائد والأفكار.



٧- الاتجاهات. ٨- الاستعدادات. ٩- القدرات.

١٠- المشاعر والأحاسيس. ١١- السمات.

وقد تكون هذه العناصر أو المكونات إما:

أ- **وراثية**: «أى منقولة للفرد من الآباء والأجداد» عن طريق الچينات أو ناقلات الوراثة.

ب- **متعلمة أو مكتسبة**: من خلال تفاعل الفرد أو احتكاكه بالوسط الاجتماعى والمادى الذى يعيش فى كنفه.

وقد تصاب الشخصية بالاضطراب أو بالتفكك كما يحدث فى حالة ثنائية الشخصية أو تعدد الشخصية، وتعد هذه الحالة التى تتعدد فيها شخصية الفرد الواحد أحد أعراض عصاب الهستريا فيما يعرف الأعراض التفككية فى حالات الهستريا.

الهوية الشخصية:

شعور الشخص بأنه نفسه، نتيجة اتساق مشاعره، واستمرارية أهدافه ومقاصده، وتسلسل ذكرياته، واتصال ماضيه بحاضره ومستقبله.

شعور أو إحساس المرء بأنه نفسه هو الذى يقوم أساسًا على الحس المشترك استمرارية الأهداف والمقاصد والذكريات، وتعنى أيضًا الشعور بالاستمرارية الشخصية على مر الزمان وثبات الشخصية رغم التغيرات البيئية والتركيبية مع الوقت، وتشير أيضًا إلى الشعور الذاتى بالوجود الشخصى المستمر.

الشخصية العدوانية:

يتشابه سلوكها مع سلوك الشخصية اللا اجتماعية أو الشخصية غير المتزنة انفعاليًا حيث تستجيب بنوبات وتتسم بسهولة الاستثارة واللجوء للتدمير لمجرد الإحباطات البسيطة وحتى تأخذ الاستجابة شكل التذمر المرضى، وسلوكها دائمًا تعبير عن الاعتماد اللاشعورى الكامن، ويأخذ عدوانها شكل نشر الإعلانات والقيل والقال والقذف بالأشياء، فالشخصية العدوانية هى التى يغلب على سلوكها



العدوان والتدمير والتخريب، وقد يقارب هذا المصطلح مصطلح آخر هو الشخصية المضادة للمجتمع أو الإجرامية أو المنحرفة التى تتورط فى ارتكاب الجرائم أو الأعمال المضادة للمجتمع والتى تخرق فيها القانون.

الشخصية اللا اجتماعية:

أو الشخصية المضادة للمجتمع وهى شخصية متناقضة مع مجتمعها، عاجزة عن الولاء لأى فرد أو جماعة أو ميثاق واستجاباتها بعدم النضج الانفعالى وضعف الحكم، ويشمل هذا التشخيص الشخصية السيكوباتية.

وتشير السيكوباتية إلى الميل إلى الإجرام وضعف الضمير الأخلاقى والرغبة فى الاستغلال والغش والخداع والنصب والاحتيال والكذب والرغبة فى الانتقام والجمود الانفعالى وقلة الأصدقاء والأنانية، وتنتشر السيكوباتية بين المجرمين والأحداث الجانحين ومحترفات الدعارة والمرتشين والمختلسين ومعتادى الإجرام.

ويقال فى الشخص السيكوباتى بأنه "يقتل ويضحك" إشارة إلى عدم شعوره بالذنب على ضحاياه كما يوصف بأنه يعض اليد التى تتقدم لنجدته. ويمتاز بأنه لا يستفيد من تجاربه ولا يجدى معه العقاب ويصعب علاج الشخصية السيكوباتية.

الشخصية الواهنة:

رقيقة البنيان، طويلة الأطراف، انطوائية. وتتميز هذه الشخصية بمشاعر وانفعالات الهبوط أو الكف. والجسم الإنسانى صغير الجذع، طويل الأطراف، ويؤكد كرتشمر على أن هذا النوع من الشخصية يقترن بالخصائص العقلية الشبيهة بالفصام.

الشخصية التسلطية:

محبة للسلطة، حرفية فى تنفيذ القوانين، مرجعية، ذات منشأ غير ديمقراطى، بمعنى أنها تميل إلى التسلط والسيطرة على الغير.

نمط مميزات الشخصية التسلطية هو نمط الشخصية القابل لأساليب التحكم والإخضاع والمرءوسية من جانب الغير.



الشخصية العصابية القهرية:

تقوم بالأفعال القهرية الثابتة، وهى أفعال سخيفة غير مفيدة وغير معقولة، تنمو مع الشخص خلال فترة التدريب على عملية الإخراج فى طفولته، ولذا تسمى هذه الشخصية بالشرجية؛ لأن نموها يثبت على هذه المرحلة من النمو النفسى الجنسى، وهى شخصية مصابة بالنزعات العصابية أى بأعراض الأمراض النفسية كالقلق والفوبيا والاكتئاب والوسواس القهرى والهستريا وعصاب الوهن أو الضعف وعصاب الصدمة.

الشخصية الدورية:

تتسم بالانبساط والمودة الشديدة والسخاء فى المعاملة والنشاط والاندفاع والهياج والغضب عندما تعرقلها دوافعها، وتتسم بتقلبات مزاج من الاكتئاب إلى المرح نتيجة عوامل داخلية مستقلة عن الظروف المحيطة الخارجية.

الشخصية الاكتئابية:

تتسم بالحزن واليأس والبطء النفسى والصعوبة فى التفكير والشعور بالتفاهة والذنب والاكتئاب، ومعروف أن هناك نوعين من الاكتئاب إحداهما: عصابى "أى مرض نفسى" وأعراضه أخف وطأة. وآخر ذهانى أى مرض عقلى، وأعراضه أكثر شدة والمريض بالاكتئاب الذهانى يعد خطرًا على نفسه وعلى المجتمع.

شخصية غير مستقرة انفعاليًا:

تتسم بشدة الانفعال فى المواقف الضاغطة الخفيفة وبتعطل الأحكام، والجعجعة والجدل، والطبع المشاكس، والتقلب والهوائية، وتفتقر إلى الثبات الانفعالى أى عدم التقلب الانفعالى، وسرعة التغير الانفعالى من حالة إلى أخرى، وعدم النضج الانفعالى وعدم ملاءمة الاستجابات الانفعاليه بمثيراتها.

وصاحب هذه الشخصية، شخص يستجيب باستثارة وعدم فاعلية للمواقف الشديدة والهينة، والذى علاقته بالآخرين والناس مفعمة باتجاهات انفعالية متذبذبة وتتسم بالتغير الانفعالى.



الشخصية الانبساطية:

الانبساط هو النقيض التام للانطواء وكلاهمـا من أنماط الشخصية الإنسانية، ومن أهم سمات الانبساطى أنه اجتماعى الاتجاه، واقعى التفكير، يميل إلى المرح، ينظر إلى الأشياء في محيطه كما هى من حيث قيمتها المادية الواقعية، لا لأهميتها ودلالاتها المثالية، وهو بـذلك يتعامـل مع الواقع الذى يعيـشه بدون خـيالات أو تأملات، ويعالج أمور حياته بالممكن والمتاح من الطاقة الفعلية، وينجح فى أغلب الأحيان فى إيجاد الحلول التى يتوافق من خلالها مع البيئة الاجتماعية.

وضع عالم النفس التحليلى "كارل يونغ" تقسيمات الانبساط والانطواء فى الشخصيـة ورأى أن الانطوائى يكون أحيانًا أكثر اهتمامًـا بالأحاسيس منه بالأفكار الواقعية، بينما الانبساطى يكون فى أغلب الأحيان قليل الإحساس فى أمور حياتية ذات صلة بالمشاعر المرهفـة أو الإحساسات. إنه بمعنى آخر يتعـامل مع الواقع كما هو بدون تضخيم أو إثارات عاطفية.

يميل الشخص الانبساطى إلى العمل دائمًـا وخصوصًا المهن التى لها مساس مبـاشر مع البشر وتغلّب عليـها صفة المكـاسب المادية مثل البيع والشراء والمتـاجرة بالسيـارات القديمة أو بالعـمل التجارى الحـر أو المهن ذات العوائد الماليـة المتنوعة والوفيرة.

يتميز صاحب الشـخصية الانبساطية بالقابليـة العالية فى التكيف السريع مع الأحداث والمواقف ويمتلك مـرونة عالية حسب متطلبات الحـياة وظروف التواصل الاجـتمـاعى وتحـقـيق مكاسب مـادية عاليـة ونجـاحـات تقتـرن بالرضـا الذاتى والاجتماعى.

إن هذا النمط من الشخصية يلاقى الإعـجاب والقبول من الكثير من الناس، ولعله الأوفق بين شرائح المجـتمع، ويرى البعض من الناس بأنه شخـصية طبيـعية يمكن التعـامل معـها بشىء من المرونة من خلال الأخـذ والعطاء بسهـولة، وكان "كارل يونغ" حـينما وضع هذيـن التقسـيمـين للشخـصية "انطـوائية" Introvert و"انبـسـاطيـة أو اتصـاليـة" Extrovert لم يكتف بهـمـا، بل طور هذه الأنماط بتقـسيمات إضـافية لكل منهـما إلى النوع الفكرى والعاطفى والحـسى والإلهامى، وكل هذه الأنماط ذات صلة بشخصيتى الانبساط والانطواء.



يرى علماء النفس أن سـمات الشخصـية هى السمات أو الصـفات الظاهرة للشخصية وهى بمجموعها لا يمكن أن تتساوى مع الواقع الفعلى للشخصية والذى يشمل إلى جانب ظواهر الشخصية جمـيع الإمكانيات التى لا يستطيع الفرد التعبير عنها فى الظاهر، أو التى يحتفظ بها لنفسه لسبب أو لآخر، أو التى لا يعرفها عن نفسه، وتظل كامنة خفية عليه وعلى الغير، فضلا عن ذلك أنها تشمل الإمكانيات التى لابد من توفـر الظروف الملائمة لإظهـارها وأحيـانا يختـار المهنة التى تناسـبه سيكولوجيّـا، فالشخصيـة الانبساطية تكون ناجـحة ومتوافقـة مع المهن التجارية، حيث يسـتطيع صاحبـها أن يؤثر فى الآخريـن، ولديه القدرة فى اجتـذابهم إليه، وتنجح هذه الشخصية أيضًا فى تحقـيق التأثير على الناخبين أو كسب أصواتهم فى الانتخابات العامة. ولكن تبقى الكثير من الأسرار الخافية لهذه الشخصية ويبقى من العسيـر أن يعرفها الناس عنها رغم أنهـا مرحة وكثيرة المداعـبة والتلاطف، إلا أن ضمانه فى أن يكون الظاهر من سمـات الشخصية دليلا صادقًـا على ما تبقى منها مستـترًا عن الظهور، هى المشكلة الأعـقد فى معرفـة الشخصية وتعـاملها، وهذه النظرة المتكاملة لخـصائص الشخـصية تجـعل من الصعب، إن لم يكن من المتـعذر التوصل إلى الفهم الكامل لشخصية أى إنســان مهما بدا واضحًا أو مكشوفًا يمكن معرفته معرفة دقيقة، ومعرفة شخصيته المعرفة الأدق.

الشخصية الانطوائية:

اعـتاد الناس مـشـاهدة بعضـهم الآخـر والتحـدث فى أمـور عديدة منهـا الاجتـماعيـة والصحية والتـساؤل عمـا يشغل الجمـيع فى أمور الحيـاة، وربما كان الاحتكاك والتفاعل هو السمة الغالبة لدى البـشر جميعا. وازدادت وسائل المعرفة، وتوثقت لتصبح حـالة إنسانية ترقى إلى الصداقات الطويلة أو حـتى زمالة العمل، وربما فى أحيان كثيرة تقترن بالتواصل الدائم من خلال الاقتران بالزواج، والاقتران كما يـراه علماء النفس الاجتماعى هو عمـلية توافق بين شخصين، يحمل أحدهما سمـة تتـفق مع سـمـة الآخـر، أو قد يخـتلف أحيـانا فى بعض السمـات ولكن يتعايش الناس فى ظل ظروف اجتماعية تحددها البيئة أو القيم السائدة فى المجتمع.



إن عوامل الاتفاق والاختـلاف فى سمات الشخصية الإنسانيـة أمر متشابك وصعب جـدًا قياسـه أو معرفـته بسـهولة لاسيـما أن علماء النفـس المتخصـصين بالشخصية يعرفون الشخصية تعريفًا علميًا بأنها تلك الأنماط المستمرة والمتسقة نسبيًا من الإدراك والتفكير والإحساس والسلوك الذى يبدو ليعطى الناس ذاتيتهم المميزة.

فالشخصية إذن تكوين اختزالى يتضمن الأفكار والدوافع والانفعالات والميول والاتجاهات والقدرات والظواهر المتشابهة. وهى تحوى القلق والراحة معا والعدوانية والمسالمة معا، والحـاجة إلى الإنجاز والإهمال معا أيضًا، وتحـوى كذلك الإحساس بالضبط واللامـبالاة أيضا، ولكن سؤالنا المهم هو كـيف يمكن قياس ومـعرفة نمط الشخصية؟

استطاع عـالم النفس الشهير "كـارل يونغ" أن يضع فى بداية القرن الماضى قطبى تقسيم للشخصـية هما الشخصية الانطوائية والشخصـية الانبساطية، رغم أن معظم الناس والأغلبية الساحقة منهم يتميزون بخصائص مشتركة، أى "ثنائية" إلا أن البعض منهم كـان أميل فى تصرفـاته وصفاته إلى الانطواء منه إلى الانبـساط، وقد يكون هذا الاتجاه شديدا ويقترب من الحدود المرضية غير الطبيعية.

ولو تأملنا فى نمط هـذه الشخـصـية الإنـسانيـة "الانطوائيـة- Introvert " لوجدنا أنه يتحاشى الاتصال الاجتماعى ويـميل برغبة عالية إلى الانعزال والوحدة مع وجود استمـرار حالة التأمل حتى أنه يفضل صاحب هذه الشخصـية الالتماس مع الواقع ويتـجنبه، إنه يرى فى الواقع عـقبـة أمامه دائمـا، وحاجـزا نفسـيا من الصعـب اجتيـازه، ويحاول جـاهدًا مع نفسـه تجنب الواقع بكل ما اسـتطاع وبأية وسيلة ممكنة.

إن صاحـبنا هذا لا يميل إلى الجـوانب المادية فى البيـئة التى يعـيش فيـها، ويفضل فى معظم الأحيان الاعتبارات النظـرية والمثالية، ويميل إلى الخيال أكثر من الواقع الحقـيقى حـتى وصفه بعـض علماء النفس بأنه اضطراب شـخصيـة يتمـيز بأحاسـيس مستمـرة وواسعة المدى بالتوتر والـتوجس واعتيـاد على الوعى الشديد بالذات، وأحاسيس بـعدم الأمان والدونية، ولديه حسـاسية مفـرطة نحو الآخرين وحساسـية مفرطة نحـو الرفض والنقد، ورفض الدخول فى أى عـلاقات إلا بعد الحصول على ضمانات شديدة بالقبول غير المشروط بنقد.



من سمات الشخصية الانطوائية وجود ارتباطات شخصية محدودة جداً واستعداد دائم للمبالغة فى الأخطار أو المخاطر المحتملة فى المواقف اليومية إلى حد تجنب بعض الأنشطة الاجتماعية أو الرياضية أو الفكرية أو حتى الخاصة المعنية. إن نمط الشخصية الانطوائية أطلق عليه فى أحيان كثيرة نمط الشخصية التجنبية المتفادية للغير أو للآخرين.

إن الشخصية الانطوائية وبكل ما تحمله من سمات وصفات وخصائص، هى شخصية حساسة المزاج، وقد تظهر هذه الحساسية بانفعال ظاهرى سريع، رغم أنه قد يكبت انفعالاته إلى حد ما فى نفسه أثناء وخلال التفاعل الحذر مع الآخرين، وهذا ما يدفعه إلى الابتعاد أكثر عن الاختلاط بالناس وممارسة حياته فى الواقع بشكل أكثر طلاقة وتحررا، وتتشابه الشخصية الانطوائية إلى حد كبير مع شخصية أخرى خصوصا الشخصية "الشيزية" الفصامية من حيث الابتعاد والانطواء والانعزال.

ومن أبرز أفراد الشخصية الانطوائية هم: الشعراء، الكتاب، الأدباء، الفلاسفة، حتى ولو كان البعض منهم أطباء أو مهندسين أو مدرسين، ولكن ظلت قدرة الكتابة ونظم عالم الشعر وسمة الأدب هى الطاغية على سلوكهم وتأملاتهم.

الشخصية الانفعالية:

الصفة المميزة لهذه الشخصية هى سرعة التأثر والانفعال الظاهرى مما قد يؤدى إلى زيادة الحركة أو العنف الكلامى أو الفعلى، وهذه السمة من الشخصية تبرز عادةً منذ الطفولة على أنها يمكن أن تبدأ أو تتعزز فى وقت لاحق من الحداثة والمراهقة بسبب التجارب الحياتية النفسية أو المادية فى الجسم كالمرض

وقد يكون الفرد سريع الانفعال بشكل عام ولأتفه الأمور، وقد ينحصر انفعاله فى مواضيع معينة وأن سمة الانفعال قد تكون الصفة البارزة الوحيدة للشخصية، ولعل من أهم المهيئات للانفعال هى الإرهاق الجسمى والنفسى والفشل فى تحقيق أهدافه مما يسبب الأرق، وقد يلى بعض الالتهابات البسيطة كالرشح أو الصداع أو فى بعض المصابين بالصرع أو يكون بسبب انخفاض السكر فى الدم أو زيادة إفراز الغدة الدرقية، ويقتضى التفريق بين ما هى شخصية انفعالية بالأساس، وبين حالات الانفعال الناجمة عن علة أثناء الحياة.



الشخصية العاطفية:

صاحب هذه الشخصيــة يتعامل مع الغير ومع الحياة بعاطفتــه أكثر مما يتعامل بعقله وفى حالة التضارب بينهمــا فإنه يغلب حكم العاطفة على العقل، لذلك فإن أقواله وأفـعاله تتســم بالمزاجية والاندفـاع، وصاحب الشخـصية الـعاطفيـة شديد الحســاسية ومـرهف الشعور لما يجـرى حوله وهو يحـمِّل نفسه مـجالاً أوسع من التحسس بموقعه الحياتى وعلاقاته مع النـاس والمحيط، ولهذا فإن انفعالاته العاطفية لا تنحصر فى القضايا الشخصية بل تمتد إلى القضايا العامة والإنسانية، وفى تفسير التفاوت بين الأفراد يرد عن أثر المناخ والتغذية والتربية والتقاليد ومدى توفر الفرص والمنافذ للتنفيس عن الضغـوطات النفسية الداخلية أو امتصــاصها وتبديدها، ومنهم من يرى أن الانفعــال يرجع إلى أن الخواص البيولـوجية لمناطق معـينة فى الدماغ، أصبحت فـعالة ومهيأة للانفـعال عبر أجيــال وأصبحت مع مرور الزمن خصـيصة بيولوجية تنتقل بالوراثة من جيل إلى جيل.

الشخصية القلقة:

الصفة الغالبة فى هذه الشخصية هى شعور الفرد بعدم الارتياح وتوقع الخطر من مصدر ما غـير واضح، وقد يكون المصدر واضحًا غير أن رد الفـعل أكثر شدة وإقلاقًا للفرد مما يقتضيه الوضع المثير للقلق. لهذا نجد صاحب الشخصية القلقة فى حالة اســتعداد وتحفـز دائمين توقيًـا للخطر وتأهبًا لملاقاته وتجنبًـا له. وهو يخشى القيــام بأى عمل يتطلب تحمل المســؤولية, كمـا أنه يحرص على الاحتفـاظ بمكانته الاجتماعية ويخشى ما يثير الشك فى مقوماته الخلقية. ومن أجل ذلك فهو يحرص على الدقة والأمانة فى أداء الواجب, وخوفه من الفشل. إن بعض التحسس بالقلق ضرورة حياتية اقتضتها علاقـة الفرد بالآخرين لتمكنه من الحذر والتهيؤ للدفاع عن النفس، أمـا إذا زاد تحسس الفرد بالقـلق، فإن ذلك قد يؤدى إلــى الإصابة بمرض القلق النفسى.



الفروق الفردية فى مكونات الشخصية

أولا: الفروق الفردية فى النواحى الجسمية:

إن دراسة الفروق الفردية لا يمكن أن تكتمل دون الأخذ بعين الاعتبار نواحى التكوين الجسمى للفرد، فالنواحى الجسمية تؤثر على الحالة النفسية للفرد وتتأثر بها، وسوف نبين فيما يلى أهمية بعض النواحى الجسمية:

١- حالة الحواس:

تعتبر الحواس حلقة الوصل بين المنبهات الخارجية أو الداخلية ووعينا وإدراكنا لها أو وسيلة إيصال بين الفرد والعالم الخارجى المحيط به فهى أبواب المعرفة فى الإنسان ووسيلة الإدراك والإحساس بالمؤثرات الخارجية، ويختلف الأفراد فيما بينهم فى قوة الحواس أو ضعفها؛ مما يؤدى إلى اختلاف قدراتهم على التكيف مع البيئة التى يعيشون فيها كما تختلف شدة الإحساس من حاسة إلى أخرى فى الفرد الواحد وذلك طبقا للطاقات النوعية لدفعاتها العصبية التى ولد مزودا بها.

٢- المظاهر الحركية:

تتوقف المظاهر الحركية على عوامل جسمية وعوامل عقلية فى آن واحد، فسرعة الحركة أو بطؤها والقدرة فى التحكم فى الحركة والتوافق الحركى سواء فى المشى أو الكتابة أو القيام بأعمال يدوية تحتاج لمهارات خاصة، وهذا يتوقف على ما يتكون بين الجهاز العصبى والعضلى وبين عمليات الإحساس والإدراك والانتباه من ارتباطات وما يحدث للشخص من تغيرات انفعالية ومزاجية، وهذا من شأنه أن يجعل فروقا فردية واسعة فى هذه المظاهر الحركية وكذلك تظهر هذه الفروق جلية بين الجنسين.

٣- بنية الجسم من حيث النمو والنضوج:

إن التكوين الجسمى يؤثر كثيراً على اتجاهات الشخص وعلى الكثير من جوانب سلوكه وكذلك فى نظرته إلى الناس أو نظرتهم إليه وكذلك فى نظرته نحو نفسه ويكون فى الفروق بين الأفراد سواء فى تكوين الاتجاهات أو التعامل مع الآخرين والسبب الكامن وراء ذلك هو التكوين الجسمى الذى يميز الأفراد عن بعضهم البعض.



ثانيًا: الفروق الفردية فى النواحى المزاجية

مفهوم المزاج:

إن أصل لفظ المزاج مشتق من الكلمة اللاتينية(tempera) والتى تعنى النسبة (أى نسبة كل سائل من السوائل الأربعة الموجودة فى الجسم كما كان يعتقد) ولكن العلماء حاليًا اختلفوا فى الأصول النفسية للمزاج وطريقة تقسيمها واستنادا إلى هذا الاختلاف نرى أن المزاج «**عبارة عن مجموع الصفات التى تميز الحياة الوجدانية للفرد عن غيره من الأفراد أثناء الاستجابة لموقف من المواقف بحيث تكون هذه الصفات ثابتة عند الفرد الواحد**».

يمكن تقسيم الناس إلى ثلاث فئات من حيث الطاقة الانفعالية وتأثر أمزجتهم بهذه الطاقة وهى:

الفئة الأولى: من يولدون بطاقة انفعالية كبيرة يصعب التحكم بها وكبح جماحها لشدتها ويتميزون بالهياج المستمر والحياة القلقة التى لا تعرف الهدوء والاتزان وهذه الفئة تمثل الطرف الموجب فى مجال الفروق الفردية فى المزاج.

الفئة الثانية: والتى تمثل الطرف السالب فى مجال الفروق الفردية فى المزاج فهم يمثلون الأفراد الذين يولدون مزودين بطاقة انفعالية ضعيفة ويمتازون بالبرود الانفعالى والخمول المزاجى.

الفئة الثالثة: وتقع بين هذين الطرفين من الأمزجة وأكثرية الأفراد فى درجات متقاربة نحو إحدى النهايتين وهؤلاء يتميزون بامتلاك زمام نفوسهم والتحكم بها كما يتصفون بالاستقرار النفسى والهدوء العاطفى.

أثر الوراثة فى الفروق الفردية المزاجية:

تتأثر الفروق الفردية المزاجية بعوامل وراثية تتصل بالتكوين الجسمى فالمزاج يعتبر نتيجة تفاعل عدة عوامل جسمية مثل تركيب الغدد الصماء كالغدة الدرقية والغدة النخامية حيث تصب إفرازات هذه الغدد فى الدم ونسب هذه الإفرازات يؤثر فى النمو الجسمى والحالة الانفعالية والمزاجية للفرد.



أثر العوامل البيئية فى الفروق الفردية المزاجية:

تتأثر الفروق الفردية المزاجية بعوامل بيئية تساعد على تحديد أنماط سلوكية معينة فى مظاهر المزاج من خوف وحب وكراهية حيث تبدأ الفروق المزاجية فى السنوات الأولى من حياة الإنسان قليلة فى ظهورها ثم تزداد وضوحا مع تكامل النضج الشخصى وتعقد الحياة الاجتماعية وتنوع العلاقات بين الأفراد.

نمو الشخصية عند الأطفال

إن عملية نمو الطفل تلزمنا بالعديد من المتطلبات الأساسية لبناء شخصيته كالإنسان وتشمل المحافظة على حياته واستمراريتها من حيث توفير المسكن والملبس والطعام والرعاية الصحية كما تضمن محاولة تعليم الطفل المهارات الأساسية لنموه ونضجه ومن هذه المهارات تعلم كيفية المشى، وتناول الطعام، والكلام، وتعلم العادات الصحية والنظافة، وتعلم مهارات معرفية وفكرية، منها التمييز بين المتشابهات، ولا ننسى تعلم المهارات الاجتماعية من تقبُّل الغير وتكوين علاقات مع الأصدقاء ومحادثة الأولاد واللعب معهم.

التأهيل الاجتماعى:

التأهيل ظاهرة يكتسب الأطفال بوساطتها الحكم الاجتماعى والتوجيه الذاتى الذى يلزم لتحويل الناشئ إلى راشد مسئول فى مجتمعه فالطفل لا يولد بمفهوم جاهز عن الخطأ والصواب أو بتصور واضح للسلوك المستحسن والمستهجن. ولا شك أن النضج المعرفى الذى يتحقق خلال سنوات ما قبل المدرسة يفيد فى شحذ تدريجى لقدرة الأطفال على إصدار الأحكام الاجتماعية وعلى توجيه سلوكهم فى ضوء تلك الأحكام. إلا أن محتوى التأهيل الاجتماعى أى الأفكار الخاصة التى يشكلها الصغار بصدد الملائم والمنافى من السلوك لا تتحدد بالنضج بل بتجربة الطفل.

وفوق كل شىء فإن الحكم الاجتماعى وتوجيه الذات يتشكلان عن طريق ضبط الأهل لأبنائهم الاتجاهات والتقاليد والقيم والمعايير العامة للأخلاق فى المجتمع إضافة إلى القيم المميزة للبيئة الاجتماعية الصغرى وخاصة منها عرق الوالدين ودينهم وأصلهم القومى وطبقتهم الاجتماعية وانحيازاتهم السياسية.



يستجيب الأطفال لتأثير والديهم بتشكيل منظومتين متكاملتين من المعايير. يبدأ تكون الوجدان أولاً عندما يتقبل الطفل المحرمات المفروضة عليه. والوجدان صوت داخلى يستمر فى ترداد الأمر الوالدى للطفل (بألا) يسطو على ملكية الغير مثلاً فى غياب الوالدين. ويتشكل الأنا المثالى محرك تحريضى داخلى من الطموح والواجبات وهو لا ينفصل عن الوجدان فعندما يقدم الطفل على اقتراف السلوك المحرم يخضع وجدانه للإحساس بالإثم وهذا ما يستثير الأنا المثالى ويدفع إلى الإحساس بالعار للتقصير عن تحقيق ما يجب تحقيقه. يتحقق التأهيل الاجتماعى أخيرًا عندما:

١- يعمد الأهل إلى ضبط أولادهم بسبل تساعدهم على تشكيل وجدان ملائم.

٢- يكون الأهل أنفسهم أمثلة مشخصة للحكم الاجتماعى والسيطرة على الذات بحيث يتقمصهم أبناؤهم. فالضبط والتقمص عاملان أساسيان فى التأهيل.

تبين أن الضبط سواء بصيغة الثواب أو بصيغة العقاب يساعد الأطفال على تكييف سلوكهم وتعلم السيطرة على الذات. فقد أعطى الصغار فرصة الحصول على دمية جذابة وأخرى غير جذابة. ومدح الأولاد وأعطوا قطعة من الحلوى عندما أمسكوا بالدمية غير الجذابة ولم يمدحوا ولم يعطوا شيئًا عندما أمسكوا بالدمية الجذابة. وكان الأولاد الذين مروا بالتجربة عندما يتركون لأنفسهم يميلون لحرمان ذواتهم من الدمية الجذابة ويأخذون الدمية غير الجذابة وقد تم الحصول على النتائج نفسها عندما عوقب الأطفال فى مثل تلك المواقف. والطريف أن الثواب والعقاب إن أنزلا بالولد عندما يكون فى طريقه إلى إمساك الدمية تزيد آثارهما على ما هى عليه عندما يبدأ اللعب بالدمية. أى أن فعالية الضبط تزداد فى المراحل الأولى للسلوك عنها بعد أن يتخذ السلوك شوطًا طويلاً من مجراه.

ولا بد من الإشارة إلى أنه من الصعب بمكان إقامة تعاميم حول آثار الضبط فى سلوك الطفل إضافة إلى أهمية توقيت الضبط وشكله من ثواب أو عقاب فإن ثمة عوامل أخرى تلقى بآثارها مثل من الذى يمارس الضبط؟ وملاءمة الضبط للموقف الخاص وحساسية المبحوث نفسه للمديح أو للعقاب، لهذا فإن أكثر

الباحثين فى ضبط السلوك ينصحون بكثير من الحذر فى تفسير النتائج. من طرف آخر فإن الأطفال يستفيدون من الضبط فى حالات:

١- استمرارية الضبط.

٢- كون الضبط إيضاحًا وليس عقابيًا.

٣- توجيه الضبط إلى السلوك وليس إلى الناشئ.

استمرارية الضبط:

نعرف من الدراسات التجريبية حول التعلم أن السلوك الذى يخضع لتعزيز جزئى يثبت بقوة ويقاوم التغيرات أكثر من نظيره الذى يخضع للتعزيز المستمر. وبالمثل تبين أن العقاب المستمر للسلوك المستهجن يؤدى إلى إضعافه بدرجة أقل من العقاب المتقطع، فمن الواضح إذن أن العقاب المتقطع للسلوك المستهجن يعمل بين الحين والحين كمعزز جزئى. يستطيع الأهل للإفادة من الوقائع المذكورة بصدد الضبط مساعدة أولادهم تعلم الأحكام الجيدة والسيطرة على الذات بموافقتهم على معايير سلوكية وتعزيز تلك المعايير. أما إن اختلف الأهل بصدد معايير سلوك الأولاد أو أنهم عاقبوهم مرة وأهملوا عقابهم مرة أخرى، فإن الأولاد فى تلك الحالة يستمرون فى إتيان السلوك المنافى للجميع مثل العدوانية والاستخفاف بالآخرين والقسر والرعونة تجاه الآخرين.

لماذا يقود الضبط المتذبذب إلى ضرب فج من التأهيل الاجتماعى؟ إن هذا السؤال لم يلق جوابًا بعد. وتقترح إحدى الفرضيات أن الأولاد الذين يتعرضون لضبط متذبذب يميلون للاعتقاد بأن أهلهم أناس لا يثبتون على أمر ولا يقولون ما يعنون أو لا يعنون ما يقولون وأنه لا علاقة لعقاب الأهل وثوابهم بسلوك الناشئة بل بظروف هوجاء يفشل الناشئة فى السيطرة عليها. يعجز مثل هؤلاء الناشئة عن إقامة ما يسميه روتر (بؤرة داخلية للتوجيه) فيسلكون بحسب رؤيتهم للحوادث الخارجية.

يفشل الناس الذين لهم (بؤرة خارجية للتوجيه) بتعبير روتر فى تنمية وجدان ملائم فيرون مصيرهم كما لو كان فى يد القدر أو فى أيدى من يملكون القوة. ويقوم المانع الأول لهؤلاء عن الموبقة من خوفهم من أن يمسكوا ويعاقبوا. لقد

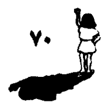
دلت الدراسات على ميل الأطفال ذوى البؤرة الداخلية إلى أن يحسوا بالإثم إن آذى سلوكهم الغير خلافًا لأندادهم ذوى البؤرة الخارجية فنادرا ما يعانون الإثم بسبب إيذائهم للآخر. كما يميل ذوو البؤرة الداخلية إلى تقبل اللوم على الخطأ وإلى الاعتراف بسوء الفعل وإلى مقاومة محاولات الآخرين لدفعهم لارتكاب الأعمال اللا أخلاقية كل ذلك خلافًا لذوى البؤرة الخارجية الذين هم نقيض الفئة الأولى فى ضروب السلوك المذكورة يقود تشكيل بؤرة ضبط داخلية إلى تكوين ناشئ يتحول بسهولة إلى راشد مسئول.

الضبط الإيضاحى:

يعد الضبط إيضاحيًا إن هو طبق بطريقة هادئة ومعقولة وكان ردًا مناسبًا على خطأ معين. وعلى العكس من ذلك فإن الشتيمة الغاضبة والضرب المبرح اللذين لا يرتبطان بالفعل السيء أو اللذين يشتدان كثيرًا يبقيان عقابًا بدائيًا. فعندما يفرط الأهل فى العقاب أو يعاقبون عشوائيًا يغلب فى طفل ما قبل المدرسة الخامل المستكين الضعيف الجسم أن يرتعش ويهرب من العقاب ويخشى تأكيد ذاته. أما الطفل النشيط الواثق بنفسه القوى البنية فإنه يرد على عقاب الوالدين بالحقد والعدوان والتفجر الغاضب.

التنميط:

ثمة صيغة رديفة للتقمص تقوم على إخضاع الأولاد لنمط ومعيار معين وتسمى بالتنميط. غالبًا ما يؤدى التنميط إلى خيبة أمل الوالدين اللذين يقوم ضبطهما لصغارهما وفق منهج (اعمل ما أقول) بالنتائج التى يحصلون عليها. فالأهل الذين يركنون إلى الضبط العقابى معرضون لمواجهة نقيض النتيجة التى يسعون إليها. وقد أوضح هوفمان الفروق بين الضبط الإيضاحى ونظيره العقابى ووصف نوعين من الضبط أولهما إثبات القوة ويشمل عقوبة فعلية أو تهديدًا بها أو حرمانًا من الأشياء المادية والامتيازات، ويتمثل النوع الثانى من الضبط بحجب الحب وبه يعبر الأهل عن الغضب أو الاستهجان برفض الطفل وبرفض الإنصات له أو التحدث إليه أو بالتهديد بهجره أو بطرده. يتضمن الضبط الإيضاحى من جهة أخرى أساليب الاستقراء حيث يوضح الأهل لطفلهم لماذا يريدونه أن يغير سلوكه.



أما فى الصـيغة الأخـرى للضبط الإيضاحى والمسـماة (بالاستقـراء غيرى التـوجه) فيلفت الأهل الانتباه إلى السبل التى قد يؤذى بها سلوك الناشئ الآخرين.

تكشف دراسات إثبات القـوة وحجب الحب وأساليب الاستـقراء أن للطريقة المنتقاة تأثيرًا دالاً فيما إذا كان الطفل سينمى رمزًا متينًا للسلوك (خلقًا قويًا) أو بؤرة خارجـية للتـوجه (خلقًـا ضعيـفًا). يرتبط اسـتخدام إثـبات القوة بالنمـو الخلقى الضعيف أمـا أساليب الاستقـراء وخاصة عندما تكون غـيرية التوجه فتـرتبط بنمو خلقى متطور.

ولاشك أن تقديم الإيضاح للطفل يساعـده على تشكيل منظومة داخلية من القواعد والتـوقعات التى تساعده على توجـيه سلوكه، أخيرًا لم يتـبين أن حجب الحب يحمل أية علاقة دائمة مع مؤشرات النمو الخلقى.

الضبط السلوكى:

يمكن للضبط أن يوجه إما إلى سلوك الطفل (إن مـا فعلته أمر بشع) أو إلى الطفل كشـخص (لماذا أتيت بهذا السـوء) وعلى العموم يمكن التـأكيد بأن توجـيه الضبط إلى السلوك يسـاعد الطفل على المحافظة علـى احترامه لذاته، أمـا الضبط الموجه للطفل فيشـعره أنه عاجز وغير محبـوب وعلى الأهل أن يميزوا بين طفلهم كشخص وبين ما يفـعله مما يتيح له أن يتساهل فى تقبل الضبـط فليس صعبًا على المرء أن يرى كـيف يعمل لضـبط الممارس بحب ودفء على مـساعـدة الطفل فى اكتساب المعاييـر الخلقية. وتقبل الوالد لطفله مصدر تعزيز أكـثر ثباتًا من رفضه له الأمر الـذى يجعله قـادرًا على تعليم الطفل الحكم الاجـتماعى والـتوجيـه الذاتى وبالمثل فإن استهجان والد محب أكبـر أثرًا من استهجان والد رافض وبارد وبعيد. وربما كان هذا هو السبب الذى جعل أكـثر الدراسات تؤكد أن الوالد الذى يمارس الضبط بـأسلوب دافئ محب يشـجع الطفل على تنميـة بؤرة توجيـه داخلى، أما الضبط العقابى فيساعد على تنمية أخلاقية خارجية البؤرة.

التقمص:

إنه فعل يتبنى فيه الفرد مشاعر الآخـرين وأفعالهم واتجاهاتهم ويمارسها كما لو كانت مشاعـره وأفعاله واتجاهاته هو. والتقمص الذى وصفـه فرويد وغيره من



نظريى التحليل النفسى لا شعورى إلى درجة كبيرة، الأمر الذى يعنى أن التقمص لا يعنى أنه يتبنى سلوك شخص آخر ومشاعره واتجاهاته. فالتقمص يختلف عن التقليد الواعى على الرغم من أن الفعلين يسهمان فى نمو الشخصية بذات الطريقة والاتجاه.

يبدأ الصغار مبكرًا فى الحياة بتقليد كلام والديهم وملامحهم وتفضيلاتهم.

فلا يتوانى الصغير عن تصبين ذقنه تقليدًا لوالده فى حلاقة ذقنه أو الصياح بوجهه تقليدًا لما قالته أمه بأنه لا يحب أن يبقى بمفرده فى المنزل أو لا يحب أن يتناول الغذاء فى المنزل دومًا . ويتشكل التقمص بتعزيز واضح أو ضمنى فملاحظة الأم أو الأب لفعل الولد أو قوله تعمل على تعزيز الفعل باتجاه السلب أو الإيجاب. تنمو أفعال التقليد المذكورة خلال فترة ما قبل المدرسة إلى ظاهرة تقمص واضحة وذلك بانتقال الولد من مجرد تقليد أحد والديه إلى محاولته مسخ نفسه على شاكلة الوالد. ويبدى الولد أحيانًا تلهفًا واضحًا لتقليد الوالد.

ولا بد من الإشارة إلى أن أكثر المختصين لا يقيمون تميزًا بين التقليد والتقمص. ويلح نظريو التعلم الاجتماعى البارزون أمثال باندورا ووالترز على أهمية التكيف الاجتماعى للفرد وعلى خضوع هذه العملية للمبادئ نفسها التى تتحكم فى ظاهرة التعلم مما يجعل مفهوم التقليد قادرًا على تفسير ذلك الجانب من نمو الشخصية إلا أن لنا سببًا معقولاً يدفعنا لاستخدام كلمة تقليد للإشارة إلى النسخ الجزئى لسلوك الفرد وكلمة تقمص للدلالة على النسخ الكلى له. فالتقليد لا يتطلب القابليات المعرفية الإدراكية اللازمة للتقمص. ويستطيع الفرد تقليد بعض أفعال الآخر بصورة آلية لكنه يعجز عن أخذ دور الآخر ما لم يتعاطف معه ويتقبل طريقة شعوره وتفكيره. ولقد دلت الدراسات على أن القدرة على أخذ الدور تنمو لدى الأطفال فى السنة الثالثة أو الرابعة. وتوفر تلك الدراسات الأساس لتمييز التقليد المبكر من التقمص.

ولا شك أن التقليد والتقمص يختلفان بالنسبة للناس الذين يتخذون نماذج للتقليد. فالتقمص يحدث مبدئيًا فى سياق علاقة قائمة حميمة بين الناس خلافًا للتقليد الذى قد تم نتيجة ملاحظة موجزة غير هامة. نتيجة لذلك يعمد أطفال ما قبل المدرسة إلى تقمص أهلهم وتقليد الآخرين.



دارت الدراسات فى مجال التقمص حول العوامل التى تسهم فى تشكله يظهر أن التشكل المذكور يحتاج إلى (الدفء والقوة) فيقوى تقمص الأولاد لأهلهم إن هم أحبوهم وتقبلوهم ويضعف إن لم يحس الأولاد بالمودة لوالديهم، إضافة لذلك فقد اتضحت ثلاثة عوامل هى:

١- التشابه فيقوى التقمص عندما يقوم تشابه مدرك بين الأولاد وأهلهم.

٢- الإدراك الواضح إذ يستطيع الأولاد تقمص والديهم عندما يدركون بوضوح طبيعة الوالد كنموذج.

٣- التعزز فيشتد ويقوى التقمص شأن التقليد بإبداء الوالدين لأمارات السعادة والاستحسان لفعل الولد أو لسلوكه. يقوى التقمص ويشتد إن دلل الولد على إدراكه للتشابه مع والده ويضعف فيما عدا ذلك خاصة فى غياب الوالد عن البيت أو فى امتناعه عن التفاعل مع الولد وحرمانه له من فهم تلك التشابهات. وقد يحدث أن يدرك الولد تلك التشابهات ويعبر عنها بوضوح كقوله (أنا آكل بيدى اليسرى مثل ماما) وطبيعى - تحقيقًا للعامل الثالث - أن يستحسن أحد الوالدين فعل الولد وقوله لكى يثبت التقمص ويشتد. ولا بد فى ختام شرح عوامل التقمص من التذكير بأهمية التقمص كظاهرة فى عملية التأهيل الاجتماعى تتحقق فى معظمها عن طريق تقليد نموذج حى فى محيط الناشئ. وتوفر دراسة مظاهر الشخصية المتمثلة بالعدوان والغيرية والتقمص الجنسى مثالاً حيًا يوضح تفاعل التقليد مع التقمص عند أطفال ما قبل المدرسة لصنع راشد المستقبل من طفل اليوم.

كيف نساهم فى صناعة الشخصية المقبولة الإيجابية؟

الإجابة على هذا السؤال تستدعى تلخيص فاعلية كل من الوراثة والمحيط وطريقة عملهما فى تكوين إنسان ذى ملامح وسمات معينة، تتقصد إنتاجه وتستهدف نشر المعرفة الخاصة بطريقة وقائية من كل عامل أو سبب يؤدى به إلى مجانبة القصد والهدف من إنتاجه.



وقبل أن ندخل فى صميم التوصيات الرسالية التى تضع أيدينا على الطريق السليم، لابد أن نسلّم بما سلّم به علماء الوراثة والمحيط من حقائق أساسية فى تفاعل هذين العاملين وتضافر جهودهما فى صياغة الإنسان الذى نريده وننشده، فالله «يجرى الأمور على ما يقتضيه لا على ما نرتضيه».

ولا نستطيع نحن تجاوز السنن والنواميس التى وضعها الله تعالى منهجًا للكون والحياة فنفشل فى جهدنا دون طائل، والإمام علىّ - كرم الله وجهه - يقول: «من كابر الزمان غُلب»، و«من عتب على الزمان طالت معاتبته».

لذا فلابد لنا من الرجوع إلى حقائق العلم والتجربة ونلتزم بتوصيات الرسالة الإسلامية التى كشفت حقيقة العوامل الدخيلة فى صناعة الإنسان وعلمته سبيل الاختيار الأنجح وحفزته على اجتناب الطرق التى لا تؤدى إلا إلى ضعف المجتمع ودماره وتدهور بنيته.

ومن هذه الحقائق التى على ضوئها نقدر على تخيّر السبيل الصحيح هى:

١- إن عاملى الوراثة والمحيط يعملان متكاملين متعاضدين لا متنافرين متضادين، فالمحيط الجيد يستطيع أن يخفف الأثر السيئ للوراثة السيئة، وأن الوراثة الجيدة تستطيع أن تقى الإنسان من شرور المحيط السيئ إلى حد بعيد، وأن الطامة الكبرى هى فى اجتماع محيط سيئ ووراثة سيئة فى إنسان بعينه، والسعادة الكبرى إنما تكون فى اجتماع وراثة جيدة ومحيط جيد فى إنسان بعينه.

٢- إن المحيط الجيد يرافق عادة الوراثة الجيدة، وإن المحيط السيئ يرافق عادة الوراثة السيئة. فأبناء الطبقات الفقيرة لا يرثون فى المعتاد ذكاءً منحطًا وقدرات عقلية متواضعة فحسب، بل يرثون أيضًا مفاهيم أخلاقية فقيرة وحياة مادية مدقعة ولغة قذرة وطرائق تعامل غير مقبولة اجتماعيًا؛ وذلك لأن الفقر ملازم لحالة اجتماعية متأخرة وصحية متردية وتعليمية متدنية، والفقير مشغول بهمه الاقتصادى لا يكون على شىء أكثر من حاجاته الغريزية الأساسية، والإمام على - كرم الله وجهه - يقول بهذا الصدد: «العسر يفسد الأخلاق»، و«العسر يُخرس الفَطِن عن حُجته»، و«الفقر أحزان»، و«ضرورة الفقر تبعث على فظيع الأمر»؛ ولذلك فهو يقرر بأن «القبر خير من الفقر» لأن فى حياة الإنسان الفقير شقاء متنوع الوجوه،



و«الفقر مذلة للنفس مدهشة للعقل جالب للهموم»، وهى لذلك تصطحب معها آثارًا نفسية سيئة وتركيبة إنسانية، يستلزم إصلاحها فريد جهد وجهاد، ولذلك نجد أمير المؤمنين - عليه السلام - يضع الفقير الناجح فى أخلاقه وحياته فى مصاف أفضل الناس فهو يقول: «خير الناس من كان فى عسره مؤثرًا صبورًا».

٣- إن تعاقب الأجيال يزيد حسن الحسن، وسوء السيئ، حتى يأتى حين من الدهر يكون الفارق كثيرًا بين الاثنين، فالطفل الذى يولد بوراثة جيدة وفى بيئة غنية ماديًا وأخلاقيًا تهيأ له الفرص لاستغلال مواهبه وتفتيحها وتنميتها ثم يزوج بزوجة مقارنة له فى الذكاء واليسر الاقتصادى والأخلاقى فيتزايد على الأيام ارتقاءً نسلهما، أما الطفل ذو الوراثة السيئة المولود فى بيئة فقيرة متأخرة اجتماعيًا فيأتمر به الغباء وسوء الأخلاق والفقر ليدفعاه إلى أحضان من هى أغبى منه وأفقر ولتلد له - فى الأعم الأغلب - مولودًا يتزايد غباؤه وتأخره، فيقف هذا قريبًا من الخطيئة والجريمة والشذوذ والجنوح. وقد أشار القرآن الكريم إلى ذلك فيما قصه علينا من خبر قوم نبيه نوح - عليه السلام - حين دعا عليهم بقوله: ﴿رَبِّ لا تَذَرْ عَلَى الأَرْضِ مِنَ الْكَافِرِينَ دَيَّارًا (٢٦) إِنَّكَ إِن تَذَرْهُمْ يُضِلُّوا عِبَادَكَ وَلا يَلِدُوا إِلاَّ فَاجِرًا كَفَّارًا (٢٧)﴾ [نوح]، إدراكًا منه - عليه السلام - لمصير الأجيال الآتية التى ستنشأ تحت رعاية هؤلاء القوم الكافرين المعاندين.

٤- إن الطفل لا يرث جسد والديه وقدراتهما الفطرية وقصورهما العضوى البنائى فحسب، ولكنه يرث إلى جانب ذلك طريقتهما فى الحياة والتعامل ومفاهيمهما الاجتماعية والأخلاقية ومعتقداتهما الدينية والسياسية ومواقفهما فى الحياة ولذلك فنحن نرى غالبًا أن ابن الغضوب غضوب، وابن العصبى عصبى، وابن المتدين متدين، وابن المتهتك أخلاقيًا متهتك مثله، كما نرى أن ثمة عوائل اشتهرت بالمرح أو التعصب أو سرعة الغضب أو التحسس الفائق أو التزمت فى تعاملها وعرفت بين الناس بمثل هذه السمات البارزة، وإلى مثل هذا يشير الإمام على - كرم الله وجهه - بقوله: «خير ما ورث الآباء الأبناء الأدب»، و«بئس النسب سوء الأدب». وفى حديث للإمام زين العابدين - رضى الله عنه - بشأن هذه الحقيقة يقول: «وأما حق ولدك فتعلم أنه منك، ومضاف إليك فى عاجل الدنيا، بخيره وشره، وأنك مسئول عما وليته من حسن الأدب».



٥- إن ما يورث من الآباء إلى الأبناء هـو ما كان على صلة ببناء العـضوية وأصل تكوينها، لا ما طرأ عليها خلال حياتها القصيرة ولم يؤثر فى طبيعة بنائها. وهذا يعنى أن ما يورث حقًا: كـضعف الرئة وتشوه مراكز الدماغ (نتـيجة الإصابة بالزهرى) كما يورث المواهب الفائقة أو القدرات الضعيفة.

والذى يبقى لعمل المحـيط هو إبراز هذه المواهب الموروثة وتنميتهـا أو خنقها وطمسها، وكـذلك يبقى للمحيط أن يؤثر - على مر الأجـيال - فى تحسين وراثة الأبناء أو إساءتها عبر الأجيال.

ولذلك من يستـورث من والديه ضعـفه العقلى وغـباءه لا تسـتطيع عوامل المحيط أن تقدم له معونة تذكر، وبهذا الصدد يقول الإمام على - كرم الله وجهه: «الحمق داء لا يداوى، ومرض لا يُبرأ».

فالقـصور العقلى مـسألة وراثية، والـشذوذ يورث إذا كان أصله بنائيًـا، أما الإجرام فـبالرغم من إمكان نشـوئه عن أسبـاب جسدية مـادية، إلا أنه يرجع فى معظمهم إلـى أسباب محيطيـة، وأما الجنون فينطبق عليه مـا ينطبق على الشذوذ، بمعنى أنه وراثى حين يكون على صلة بأسباب بنائية.

ويتضح مما تقدم أن عوامل المحيط ذات تأثير كبير على المنحى العام لشخصية الفرد؛ لذا تعتبر التربية إلى مدى بعيد مسئولة عن سلامة الإنسان ورشده. وعوامل المحيط - كـما هو معلوم - عـديدة فالعائلة والمدرسـة والمسجد ووسـائل الإعلام والشارع والنادى والمنظمة والحزب وسـواها عوامل محيطية معروفـة، ظاهرة القيمة واضحة الأهمية، تشترك كلها وضمن أدوارها الخاصة فى تطبيع وتعديل الإمكانات الخاصة بالفرد وتوجيهها تبعًا لبرامجها وخططها.



الفصل الثالث:

تنشئة الطفل والصحة النفسية



الطفل.. وترتيبه داخل الأسرة:

من بين العوامل التى تؤثـر فى شخصيـة الطفل بصفة عـامة ترتيبه بالنسـبة لإخـوته، كأن يكون هو الـطفل الأول أو الثانى أو الطـفل الأخيـر، أو يكون هو الطفل الذكر بين عدد من الأخوات، أو تكون الـطفلة هى الأنثى الوحيدة بين عدد من الإخوة. كمـا قد تتأثر العلاقات بين الطفل وإخـوته وبينه وبين والديه بالفارق الزمنى بين عمر الطفل وأعـمار إخوته وأخواته، وبما قد يحدث أحـيأنا من وفيات بين الإخوة كأن يأتى الطفل بعد عدة وفيات أو تأتى بعده عدة وفيات.

كل هذه الحالات تترتب عليها علاقـات معينة وذات طابع خاص بين جميع الأفراد الموجودين فى المجال الحياتى للطفل، سواء تعلق الأمر بإخوته أو أخواته أو بوالديه. ودون أن يشعر الوالدان فإنهما يتأثران فى تعاملهما مع الطفل بالمركز الذى يحـتله داخل الأسرة، بل إن هذا التـأثيـر قد يكون واضـحًا وحـاسمًـا فى بعض الحالات الخـاصة، كـحالة الطفل الذى يـأتى بعد وفـاة عدد من إخوتـه، أو حالة الطفل الوحيد.

ولا بد من الإشـارة إلى أن التأثيـر الذى يتركـه مركـز الطفل أو ترتيبـه فى شخصيته ليس هو العامل الوحيـد فى تكوين شخصيته؛ إذ تتداخل فى تكوين هذه الشخصية عوامل مـتعددة: بيولوجية، نفسية، اجتـماعية، ولعل أبرز هذه العوامل نمط التنشئة الاجتماعية التى يخضع لها الطفل، والتى تلعب دورًا حاسمًا فى تحديد شخصيته وفهم سلوكه وضبط وتوجيه دوافعه.

أهمية الطفل الأول:

إن حالة الطفل الأول هى الأكثر شيوعًا على اعتبار أن جميع الأسر التى لها أبناء تعرف هذه الحالة. فالطفل الأول يأتى إلى هذا العالم وهو مرغوب فيه من طرف والديه. وعلى الرغم من أن كثيرًا من الأسر فى مجتمعاتنا تفضل أن يكون الطفل البكر ذكرا فإن الطفل الأول - ذكرًا كان أم أنثى - يظل يحتل مكانة خاصة بالنسبة لمن يأتى بعده من أطفال، ويحظى باهتمام خاص من طرف والديه.

وعادة ما يوجه الأبوان اهتمامًا كبيرًا للطفل الأول، ويحيطانه بالحب والرعاية، وينتابهما القلق إذا ما تعرض لأى مكروه. وقد تبلغ هذه الرعاية درجة مفرطة تحول دون احتكاك الطفل بالعالم الخارجى احتكاكًا يساعده على تكوين خبرات وتجارب خاصة به مختلفة عن خبرات وتجارب الكبار. فالأبوان يستجيبان لجميع مطالب الطفل، وينفذان جميع رغباته؛ مما يجعله يعتبر هذه المطالب والرغبات حقوقًا لابد من تحقيقها، فى حين لا يكون صورة حقيقية وواضحة عن واجباته، سواء إزاء نفسه أو إزاء إخوته أو إزاء أسرته وباقى الأفراد المحيطين به.

والجانب السلبى فى مبالغة الوالدين فى رعاية الطفل الأول أنهما لا يتيحان للطفل فرصة الاستعداد للاستقلال عنهما مما يجعل الطفل ضعيف الثقة بنفسه واتكاليًا وغير قادر على مواجهة الصعاب وعلى تكوين علاقات سليمة مع الآخرين. ولابد من التأكيد أن اتصاف الطفل الأول بهذه الصفات ليس أمرًا حتميًا، إلا أن مبالغة الوالدين فى العناية بالطفل الأول والاستجابة لجميع طلباته.. من شأنه أن يعرض الطفل لاحتمال اتصاف سلوكه بالاتكالية والشعور بالعجز وضعف الثقة بالنفس.. إلى غير ذلك من الصفات السلبية.

وعندما يأتى الطفل الثانى يكون الأبوان قد اكتسبا الكثير من الخبرات نتيجة السنوات التى قضياها فى تنشئة الطفل الأول. لذا تتسم تصرفاتهما إزاء الطفل الثانى بثقة أكثر. وبقلق أقل مما كان عليه الأمر بالنسبة للطفل الأول.

إلا أن ذلك يجب ألا يصل إلى درجة إهمال الطفل الثانى. وفى هذه الحالة الموقف المطلوب من الآباء الالتزام به هو الاعتدال فى التعامل، سواء مع الطفل الأول أو الثانى، بحيث يتاح للطفل أن يعرف حقوقه وواجباته وأن يكتسب بنفسه



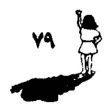
الخبرات والتـجارب نتيجة تعـامله مع الأشياء ومع الآخرين، لاسـيما الأطفال من أمثاله، وهذا سيسـاعده على تكوين مقاييس ومعايير تختلف عن مـقاييس ومعايير الكبار، وبالتالى يصبح أكثر قدرة فى الاعتـماد على نفسه والاستقلال تدريجيًا عن الكبار.

إلا أن الذى يحدث فى الغـالب هو أن مجىء الطفل الثـانى يجعل اهتـمام الوالدين، الذى كان منصـبًا على الطفل الأول، يتحول إلى الطفل الثـانى مما يترك أثرًا واضحـًا على سلوك الطفل الأول وشخصـيته. وقـد يلاحظ الوالدان فى مثل هذه الحالة أن الطفل الأول تهـتز ثقته بنفســه وبالذين يوجدون فى محيطه لاسـيما والديه، ويصبح سلوكه أميل إلى الأنانية والعناد والتـحدى، وتنشأ الغيرة بينه وبين الآخرين، وما يترتب عليها من مشاكل قد تؤثر فى شخصية الطفل مدى الحياة.

تعاون الأطفال:

ومـا ينصح به الآباء فى مـثل هذا الموقـف هو التـعامل مـع الطفلين الأول والثانى تعاملاً يتسم بالعدل والإنصاف، وتشجيع الطفلين على التعاون والتضامن، وألا يتدخلا فى حيـاتهما بطريقة تشعـر أحدهما بالغبن أو بأنه غير مقـبول أو غير محبوب من طرف والديه.. ومن الطبيعى أن يكون هناك اختلاف بين الطفلين من حيث القـدرات العقليـة أو من حيث الشكل والخبـرات.. وعلى الآباء أن يكونوا حذرين وواعين بحيث لا تدفعهما هذه الاختلافات إلى التمييز بين الأبناء والمقارنة بينهما بحضورهما، حتى ولو كان أحد الطفلين ذكرًا أو أنثى، أو ذكيًا والآخر أقل ذكاء.. ويجب أن يدركا بأنه إذا كـان الطفل الثانى أصلب عودا وأكثر ثقـة بنفسه فمـا ذلك إلا لأنه أتيحت له فرص أكـثر للاعتـماد على نفـسه نتيـجة قلة تدخل الوالدين فى سلوكه وفى كيفية اكتسابه لخبراته وتجاربه من خلال تعامله مع الأشياء المحيطة به ومع الأطفال الآخرين، لاسيما مع أخـيه الأكبر منه سنًا وبالتالى الأكثر خبرة وتجربة.

فى الواقع إن الطفل الوحـيـد ليس هو المشكلة، وتكمـن المشكلة فى سلوك الأبوين نحو الطفل الوحيد. فالأبوان يحيطان الـطفل الوحيد بعناية تزيد كثيرًا عن العناية التى يحتاج إليها طفل فى عمره، فهمـا يستجيبان لكل طلباته ويحققان كل



رغباته مما يجعله - فى الغالب - أنانيًا يعرف حقوقه أكثر من معرفته لواجباته، وغير قادر على التعامل السليم مع الآخرين تعاملاً قائمًا على العلاقات المتبادلة والأخذ والعطاء. ونتيجة لجو الدلال المفرط الذى يحاط به الطفل الأول ينشأ خجولاً ضعيف الثقة بنفسه وأميل إلى الاتكال على الآخرين وغير قادر على الاستقلال عن والديه. ويصل الأمر ببعض الآباء الذين لهم طفل وحيد أنهم يصبحون غير قادرين على الابتعاد عنه أو مفارقته، مما يشكل عقبة أمام نجاحه فى الحياة وأمام اكتمال نضجه النفسى والاجتماعى، وقد يستمر هذا الوضع مدى الحياة، حتى إذا أصبح الابن فى سن الزواج مثلا نجد أن الأبوين يتدخلان نيابة عنه فى اختيار الزوجة، وقد يطلبان منه أن يستمر فى العيش معهما، إلى غير ذلك من التصرفات التى تبرز عدم استقلالية الابن والتصاقه غير الطبيعى بوالديه. وقد نسمع على سبيل المثال، أن طالبًا لم يتابع دراسته العلمية فى الخارج؛ لأن أمه لا تستطيع أن تفارقه أو لأنه لا يستطيع أن يفارق أمه أو والده.

وعندما يتزوج مثل هذا الابن الوحيد فإنه قد ينتظر من زوجته أن تعامله كأمه، وبذلك قد يفشل فى علاقته الزوجية التى تختلف فى طبيعتها عن علاقته بأمه.

وفى بعض الأحيان قد يلجأ هذا الابن إلى الزواج بسيدة تكبره سنًا تقوم بدور البديل عن الأم. وهذا ما يحدث لبعض طلبتنا الذين يتابعون دراستهم فى الخارج ويتزوجون سيدات فى أعمار أمهاتهم يحطنهم بعناية قريبة من عناية أمهاتهم بهم ويلعبن دور البديل عن الأم.

ولا بد من الإشارة إلى أن هناك حالات لا يكون الطفل وحيدًا إلا أنه من الناحية الواقعية أقرب إلى الطفل الوحيد، مثل الطفل الأخير أو الأنثى الوحيدة التى تعيش مع عدد من أخواتها الذكور، أو الطفل الذكر الوحيد الذى يعيش مع عدد من أخواته. وهذه الحالات غالبًا ما ينطبق عليها ما ينطبق على الطفل الوحيد، ففى مثل هذه الحالات يعامل الطفل بكيفية متميزة عن معاملة باقى إخوته مما يجعله معرضًا لاحتمال اتصاف سلوكه بما يتصف به سلوك الطفل الوحيد.

الطفل العدوانى وأثره فى المجتمع... ما لم يستطع أن يتعلم الحب والتسامح، وبسبب سلوكياته لا يجد الصديق الحميم.



ما هى صفات الأطفال العنيدين؟

- يجد صعوبة فى إيجاد صداقات فى المدرسة.
- صعوبة فى التعامل مع الآخرين.
- قد يلجأ للعدوان لشعوره بالظلم أو لعدم ثقته بنفسه أو قد يكذب ليبرر عدوانه.

كيف نحمى أطفالنا من المشاكل النفسية؟

الطفل كائن رقيق سهل التشكيل وسهل التأثر بما يدور حوله، ومن هنا تكون مسئوليتنا - نحن الآباء والأمهات - كبيرة فى تنشئة الطفل وتوجيهه.. إما إلى الطريق الصحيح فينشأ شابا على نهج سليم بعيدا عن الاضطرابات والمشاكل النفسية.. وإما أن ينشأ مليئًا بالعقد النفسية التى تؤدى به إما إلى الجنوح أو المرض النفسى.

الأسباب التى تؤدى إلى المشاكل النفسية للطفل:

أسباب مصدرها الأم، أسباب مصدرها الأب، أسباب مصدرها الأم والأب معًا، أسباب مصدرها الطفل نفسها.

المعاملة القاسية للطفل والعقاب الجسدى والإهانة والتأنيب والتوبيخ.. يؤدى إلى توقف نمو ثقته بنفسه ويملؤه الخوف والتردد والخجل فى أى شىء يفكر فى القيام به ويصبح عرضة للمعاناة النفسية.

الخلافات العائلية التى تجبر الطفل على أن يأخذ جانبًا إما فى صف الأم أو الأب مما يدخله فى صراع نفسى.

التدليل والاهتمام بالطفل الجديد.. فمجىء وليد جديد يعتبر صدمة قوية قد ينهار بسببها كثير من الأطفال.. والطفل يتضايق إلى حد الحزن حين يرى طفلا آخر قد حظى بما كان يحظى به ويمتلك أشياء لا يمتلكها أحد سواه. وكل هذا بسبب تدليل الوالدين للطفل الجديد أمامه وعدم الاهتمام به كما كان من قبل.



أسباب مصدرها الأم:

- تعرض الأم لبعض أنواع الحمى أثناء الحمل أو تناولها عقاقير تضر بالجنين أثناء الثلاثة أشهر الأولى من الحمل أو ممارستهـا لعادة التدخين السيئة مما يؤثر على قدرات الجنين العقلية.
- تخويف الطفل من أشياء وهمية كالعـفاريت والحيوانات المخيفة من خلال الحكايات التى تحكى له والتى تترك أثرًا سيئًا على نفسيته.
- انشغال الأم الزائد باهتمـاماتها الشخصية وكـثرة الخروج من البيت وترك الطفل.
- الأم المسيطرة التى تلغى تماما شخصية الأب فى البيت مما يجعل رمز الأب عند الطفل يهتز.
- الطفل الذى يربى بعيدًا عن أمه وخاصة فى السنوات الأولى من عمره.

أسباب مصدرها الأب:

- الأب الذى يمحو تمامًا شخصية الأم ويلغى دورها وأهميتها.
- تتأثر نفسية الطفل كثيرًا حينما يرى أباه وهو يشتم أمه و يضربها أمامه.
- الأب السكيـر الذى يعود آخـر الليل مخـمورًا ويزعج أفراد الأسـرة يؤثر كثيرًا على رمز الأب لدى الطفل.
- عندما يكتـشف الطفل أن أباه يكذب أو أن أباه رجل غيـر شريف عندها يفقد احترامه لأبيه، ويبدأ فى المعاناة التى قد لا تظهر إلا عندما يكبر.
- انشغال الأب الزائد بعمله وعدم تخصيص وقت كاف للجلوس مع الطفل والاهتمام به.
- هجرة الأب خـارج الوطن مما يجعل الطفل يفتـقده كمثل أعلى وكـمعلم ومرب وقدوة.

أسباب مصدرها الطفل نفسه:

- تواضع قدرات الطفل الذكائية مقارنة بزملائه فى الفصل، مما يجعله يشعر بالنقص والخجل، وخاصة إذا تعرض إلى ضغط زائد من مدرسته.



- وجود عاهة عند الطفل تعرضه لسخرية بقية الأطفال, كشلل الأطفال أو ضعف السمع أو ضعف أو تشويه فى جسده.

الصحة العقلية والنفسية للطفل

- عند تنشئة الأطفال لا يجب التركيز فقط على الصحة الجسمانية وإنما يجب الاهتمام بالصحة النفسية أيضًا.
- حيث إن تنمية الطفل من الناحية العقلية والنفسية جانب أساسى فى مفهوم الصحة الجيدة.
- هدفنا هو الوصول لحياة صحية سليمة ومليئة بالحيوية، وليس فقط الخلو من الأمراض.
- يمكننا أن نعلم ونساعد أطفالنا على أن يدركوا جيدًا المفهوم العام للصحة الجيدة، فالأطفال يمكنهم أن يتفهموا ويهتموا بصحتهم أكثر مما نتوقع. فالعقل هو آلة طبيعية قوية وقادرة على التحكم فى صحة الإنسان. لذلك كلما استطاع الطفل أن يتعلم كيف يستغل قوة وقدرة عقله، كلما كان فى أفضل صحة.
- يمكننا أن نعلم أطفالنا أن الاختيارات السلبية والسيئة الخاصة بالصحة ترتبط دائمًا بالأمراض والصحة الضعيفة. فكلنا نعانى من إقناع أطفالنا أن يأكلوا الوجبات والأطعمة التى تكون مفيدة لهم ولصحتهم وتجنب أو الإقلال من الوجبات السريعة غير الصحية.
- عندما يكون أطفالنا فى سن صغيرة جدًا، يمكننا بسهولة أن نمنع عنهم الأشياء التى قد لا تكون مفيدة لهم. ولكن كلما كبروا وجدنا صعوبة كبيرة فى إقناعهم مثلاً: تناول الحلويات أو السكريات بكثرة ضارة بهم وبصحتهم، فهم يشعرون أنك تحرمهم من تناول الأشياء التى يحبونها، وبالتالى سوف يتمردون على ذلك. فكما نعلم (الممنوع مرغوب).
- يمكن أن نعلم أطفالنا أنهم يمكنهم الاختيار فى حياتهم وصحتهم إما أن يختاروا ما هو جيد وصحى أو ما هو غير صحى وضار بهم. فيمكننا أن



نتحدث معهم عن تأثير الطعام على أجسامهم فيتعلموا أن السكريات تقلل من مستوى اختيار الأشياء التى تفيده وتفيد صحته.

- عندما يكبر طفلك ويصبح شابًا يجب أن يعلم جيدًا أن اختياره للتدخين أو تناول أى نوع من أنواع المخدرات هو اختيار للمرض.

- كلما علمت طفلك كيف يختار الأشياء التى تحارب المرض وتجعل صحته فى حالة جيدة، استمتع بحياته بشكل أفضل، واستمتع بصحة جيدة طوال حياته.

- من الأفضل عدم اصطحاب الأطفال للطبيب إذا كان السبب لا يستحق: نزلات البرد العادية.

- عندما تعلم طفلك أن هناك دواء يمكن أن يتناوله لكل ألم عادى يشعر به فأنت بذلك تجعله يعتمد على الأطباء والعقاقير فى أى مشكلة صحية بسيطة تواجهه فى حياته اليومية. ولكن أطفالنا فى حاجة إلى أن يعلموا أنهم يمكنهم السيطرة على صحتهم والأمراض التى يواجهونها. لأجل تحقيق هذا الهدف وهو اختيار الأطفال للطريق السليم لصحتهم، يجب أن نكون نحن مثلاً حسنا للصحة التى نرجوها لهم.

- الصحة الجيدة هى ليست الخلو من أعراض المرض فقط. ولكن هى أكبر قدر من الصحة السليمة التى يمكنك الحصول عليها، وهى أيضًا التمارين الرياضية التى تقوم بها كل يوم، وأسلوب الحياة السليم الذى تتبعه مثل اختيار أنواع الطعام.

- هناك أبحاث كثيرة أجريت على العلاقة بين المرض وتصرفات وطريقة حياة الإنسان اليومية. وبعض هذه الأبحاث اقترحت أنه حتى الأمراض الشديدة مثل السرطان أو أمراض القلب لها علاقة بطريقة حياة كل فرد، والأشياء التى يقوم بها تجاه صحته إلى جانب العادات الصحية السليمة للطفل وهى النظام الغذائى السليم، والتمارين الرياضية والتقليل من العادات غير الصحية، فهناك أيضًا عوامل هامة بجانب العوامل الجسمانية، وهى القدرة على التخيل وروح الدعابة، فهما عنصران هامان مثل الغذاء والرياضة.



الشخصية والصحة النفسية

لو تابعنا تطور مفهوم الصحة النفسية تاريخيًا فى العالم نجد أن مفهوم الصحة النفسية هو لوصف الحالات المثالية، وفى القرن التاسع عشر كتب أطباء النفس عن مزاج الجنون والشخصية الجيدة، واهتم الطب النفسى فى بدايات القرن العشرين بالمرض، وبقى علم النفس يهتم بالشخصية والفضيلة.

وأثرت مشاهدات العلماء فى الحرب العالمية الثانية إلى تطور علم وظائف الأعضاء (الفسلجة) فتكونت مقاييس للقابليات الجسدية، وبرزت إمكانية تطوير هذه القابليات، ونجح علماء النفس فى تطوير القابليات النفسية، فركزت دراساتهم على تكييف عموم الناس إلى مستويات أفضل، وبذلك أصبح التخلف العقلى يناقض العبقرية، وليس مستوى الذكاء الطبيعى، ورغم ذلك شارك العديد من أطباء النفس المتميزين فرويد فى اعتقاده بأن الصحة النفسية موضوع لفنطازيات العلم. وفى الستينيات من القرن الماضى حدد أحدهم صفات من يتمتع بالصحة النفسية بكونه على اتصال مع ذاته ومشاعره، ويعمل للمستقبل حيث يستثمر حياته فى الأمور المنتجة (وهنا ينهى العديد حياته بسرعة وفى أمور غير إنتاجية بمسميات شتى) ويقاوم التوتر وذا دافع ذاتى للإنتاج ويدرك الحقيقة بدون تشوهات (يستعين العديد من أصحاب الشهادات وغيرهم بالاستخارة للقيام بسفرة ترفيهية أو شراء حاجة منزلية) ويستطيع العمل والحب واللعب وكفء فى حل المشاكل وعندها افترض أطباء النفس بأن الصحة النفسية هى نقيض المرض النفسى.

وفى السبعينيات أشارت لجنة رئاسية فى الولايات المتحدة الأمريكية إلى ضرورة تعريف هذا المفهوم فتحركت خلال العقود الماضية العديد من البحوث ببطء من الفكر الدينى إلى العلم لشرح هذا المفهوم. وتم تحديد العوامل التى تساعد على التمتع بالصحة النفسية لتعزيزها فى المجتمع.

ويطرح ماسلو هرم الحاجات للإنسان ليؤكد إمكانيات تطوير مواهب وقابليات الإنسان الكامنة، ويتم تعلم الأمل فى الحياة، وبذلك فإن خلق نمط متجدد لحياة الفرد يجعله ذا عقلية إيجابية قادرًا على النجاح. وبهذا فإن تحسين الذكاء والخبرة الاجتماعية أصبحت ممارسات شائعة فى الدول المتقدمة، فالتعليم والتدريب والتعامل الصحيح مع التوتر يجعل دماغ الإنسان يعمل بشكل أفضل.



ويذهب بعض رواد المدارس الجديدة فى العلاج النفسى إلى أن الصحة النفسية هى التآزر والتوافق بين الطفل والمراهقة حتى نبلغ النضج، ولكن يستمر فى كل واحد منا الطفل أحيانًا والمراهق أحيانًا والناضج أحيانًا أخرى.

فإذا تغلب الطفل فى سلوكنا، طغى الاندفاع وعدم التجانس والتلقائية والبعد عن التخطيط، وإذا سيطر المراهق اندفعنا وراء نزواتنا وملذاتنا، بعيدا عن مذهب الواقع، وعدونا تحت سيطرة هيدونية مستمرة، أما إذا تغلب الناضج فينا وسيطر باتت الحياة جادة، صارمة، وتضافرت شحنته كلها لكبت الطفل والمراهق داخله، إذن فمحاولة التوازن بين الثلاث: الطفل، والمراهق والناضج فى حياتنا، هى الصحة النفسية للوصول إلى الغاية والسعادة المنشودة.

حاولت فى هذا الكتاب أن أعطى صورة للمرض النفسى والعقلى بعد التطورات الأخيرة، وتغير أسباب نشأته، واتساع مجالات العلاج فى الطب النفسى، مع الاهتمام الخاص بالطب النفسى المصرى والعربى، وكافة الأبحاث التى بذلت فى هذا الاتجاه، حيث إن العوامل الحضارية والبيئية والاجتماعية لها أثرها البالغ فى نوعية الأعراض وفى كيفية علاجها؛ ولذا وجب علينا التنويه بذلك، حتى لا يتأثر الكل باستيراد كل ما هو غريب عن بيئتنا وكأنه الأصلح.

إذا كانت نشأة الأمراض النفسية فى مراحل الطفولة أو احتمالات امتدادها إلى المراحل العمرية اللاحقة، وإذا ما كان هناك خلل أو اضطراب فى الجهاز النفسى بسبب عدم القدرة على التكيف أو حالة من الوهن أو زيادة غير اعتيادية فى الوساوس، أو زيادة فى القلق أو اضطرابات هستيرية تعترى الإنسان، فإن الضغوط تزيد من وطأة تلك الأعراض المرضية وتساعد إلى حد كبير فى تخلخل التوازن النفسى، فيقع الإنسان صريع المرض، بفعل شدة الضغوط، ووجود حالة من التهيؤ النفسى الداخلى للمرض، فالعلاقة إذن تبادلية بين الضغوط والأمراض النفسية. خاصة إذا ما عرفنا أن **الضغوط الداخلية هى**: التهيؤ النفسى (الاستعداد) لقبول المرض - ضعف المقاومة الداخلية.

أما الضغوط الخارجية فهى: صعوبات فى التعامل مع المحيط الاجتماعى، وعدم القدرة على مواجهة المشكلات وتحمل الصدمات مثل الخسائر المادية، أو



موت شـخص عزيز. . إلخ، وهذه الـضغوطات بدورها تـسبب بعض الإعـياء ثم الإجهـاد العصبى والتـعب الشديد الذى يصل أحـيانًا إلى حد الموت، فـضلاً عن احـتمـالات الإصابة ببـعض الأمراض العـضويـة ذات المنشأ النفـسى (اضطرابات نفسجســمية - سايكوسوماتية) مـثل التغيرات الكيميائيـة والحيوية فى الدم، ارتفاع ضغط الدم، مرض السكرى، والقرح الدامية، وغيرها.

الشخصية السوية والشخصية المضطربة

الشخصية: هى سلوك متأصل فى نفس الفرد مستمد من موروثه الجينى والتربوى يتميز به كل فرد عمن سواه.

بمعنى أن هناك استـعدادا جينيـا لدى الفرد لانتهـاج سلوك معين فى الحـياة يتزاوج مع أسلوب التربية فى فـترة الطفولة والمراهقة، فينتج الفرد بسـماته المختلفة (مثلاً حساس، شكاك، عنيف، نرجسى، متردد، . . .).

ولا يقتصر التأثير غير الجينى على أسلوب تربية الوالدين وإنما تتأثر شخصية الفرد بأفكار المجتمع المحيط به، وحديثًا بأفكار العالم الواسع الكبير.

من الإنسان السوى (الشخصية السوية)؟

لا يوجـد تعـريف ووصف مـحدد فـى كتب علـم النفس والطب النفـسى للإنسان السـوى. وإنما وردت صفات النـفوس غير الـسوية، فمن لا يتـصف بها بشكل جلى فهـو أقرب إلى السواء. وتزداد درجة السواء لدى ذلـك الإنسان كلما كانت تلك السمات غير السوية أقل ظهورًا عنده.

وهناك تعريف إحصائى للشخصية السوية وهو: «أن الشخصية السوية هى ما يتفق المجتمع عليها أنها الصورة المرضى عنها سلوكًا وفكرًا ومشاعر».

اضطرابات الشخصية

اضطرابات الشخصية تعنى:

النقص التطورى فى بنـاء الشخـصيـة بسـبب نمط السلوك المرضى المسـتمـر وتخرج الاضطرابات إلى المجـال الخارجى، بدلاً من الشـعور بالقلق **وهناك ثلاث**



فئات منها: اضطرابات نمط الشخصية والشخصية المريضة اجتماعيًا، صعوبة فى التوافق الاجتماعى ليست من الخطر بقدر العصاب، أو الذهان، غير أنها تشمل نقص كفاية العمليات الدفاعية والانفعالية، وقد تحوى ميولاً فصامية أو هذائية (بارانوئية) أو مزاجية دورية (هوس واكتئاب) إلى جانب الاختلالات السيكوباتية والمضادة للمجتمع فهى تحتوى على اضطراب سلوك ينكشف إحساسًا من سوء توافق اجتماعى بالدافعية أكثر من أن يكون أول الأمر باختلالات انفعالية أو عقلية.

الاصطلاح جامع بشكل غير عادى ويغطى الكثير من جوانب السلوك العصابى والذهانى وكذلك مصاعب أقل حدة أو شدة.

اضطرابات الشخصية تصنيف يستبعد العصاب والذهان ويشير إلى النمو الباثولوجى "أى المرضى فى بناء الشخصية" مع قليل من القلق وشعور بالكرب والضيق.

وتشمل اضطرابات الشخصية على الشخصيات القاصرة، وشبه البارونوئية والدورية المزاج.

الشخصيات غير المستقرة انفعاليًا، الشخصية العدوانية السالبة، الشخصية المكرهة على الحواذ، واختلالات الشخصية السوسيوباتية أى الأعراض ذات الطابع الاجتماعى، ويشير هذا المصطلح أكثر ما يشير إلى الاكتئاب والهوس.

اضطراب صفة الشخصية:

صاحبها: يتسم بالعجز عن التوافق فى مواجهة ضغط البيئة، ونمو الشخصية نموًا ضعيفًا مختلاً.. والعجز عن المحافظة على التوافق والاستقلال ويشبه صاحبه العصابى، إلا إنه أخف حالة فى التعبير عن القلق والمخاوف المرضية والاستجابات التحولية، ويختلف عن اضطراب نمط الشخصية فى اعتماد مظاهر مرضية أكثر على حالة الضغط سواء أكان بيئيًا خارجيًا أو نفسيًا داخليًا.

وهى نمط من السلوك والخبرات الشخصية لدى الفرد تختلف وتشذ عن ما يتوقع من مثله فى مجتمعه. ويتمثل ذلك فى:



١- غرابة طريقة تفكيره فى ذاته والناس والأحداث من حوله، أى فى طريقة تقويم الأحداث والمواقف.

٢- عدم اتزان مشاعره وانفعالاته (المشاعر ليست متناسقة مع الحدث إما زيادة أو نقصانًا).

٣- اضطراب القدرة فى ضبط الذات وفهم حاجاته وواجباته مقابل حاجات الآخرين.

٤- اضطراب تعامله مع مَنْ حوله نظرًا لانطلاقه فى ذلك من سمات شخصيته (مثال: الشك الشديد، التشاؤم الشديد، الحساسية المفرطة، ...).

ويتمثل اضطراب الشخصية فى تدهور إنتاجية الفرد الوظيفية أو الزوجية أو الاجتماعية أو الدراسية. وتزداد درجة التدهور تلك كلما كانت الشخصية مضطربة بدرجة أكبر.

وذلك بسبب تعقد الحياة الحديثة وازدياد حدة التنافس وارتفاع مستويات الطموح لدى الكثرة الغالبة من أفراد المجتمع، ولا سيما الشباب منهم، كذلك يعانى إنسان العصر من الضغوط والحروب والتهديد بها ما يفقده الشعور بالأمن والأمان، إضافة إلى ضعف سلطان الأسرة وقلة رقابتها وإشرافها على أبنائها إلى جانب الثورة المعلوماتية والانفتاح العالمى غير المدروس.

ومن هنا كانت الدعوة بضرورة توفير الرعاية النفسية، وحماية أبناء المجتمع مما يعانون منه من الصراعات والتوترات والأزمات، والمشاكل والأمراض، والأعراض، والحرص على وقايتهم من الإصابة بها وتعديل اتجاهاتهم وأفكارهم وسلوكهم وصفاتهم النفسية والعقلية.

ولاشك أن الأزمات النفسية تبدد طاقة الإنسان الصحية والنفسية والطبية، والإنفاق الطبى يعد من قبيل الاستثمار الجيد، وليس مجرد خدمات؛ ولذلك فإن هناك حاجة إلى التوسع فى إنشاء مراكز الرعاية النفسية وكذلك عيادات الطب النفسى، وخاصة تلك التى يمكن أن يطبق فيها منهج "العلاج النفسى السلوكى".



ذلك المنهج العلمى الذى يمتـاز بالسـرعة وقلة النفـقات، حـيث تنصب جـهود الأخـصائى النفـسى فيـه على الأعراض دون الأسـباب ودون الغـوص أو التعمـق، فى ذاتية المريض أو الكشف عن أسراره وخباياه. . والنبـش فى ماضيه!

وفى هذا الصـدد ندعو إلى ضـرورة تعيـين أخصـائى نفسى فى كل تجـمع بشرى.

أنواع الشخصيات غير السوية:

حسب التعريف الطبى النفـسى؛ فإن أنواع الشخصيات غيـر السوية هى كما يلى:

١- الشخصية الفصامية.
٢- الشخصية شبه الفصامية.
٣- الشخصية الحدية.
٤- الشخصية الهستيرية.
٥- الشخصية النرجسية.
٦- الشخصية السيكوباتية.
٧- الشخصية الاكتئابية.
٨- الشخصية التجنبية.
٩- الشخصية الاعتمادية.
١٠- الشخصية الوسواسية.
١١- الشخصية العدوانية.
١٢- الشخصية السادية.
١٣- الشخصية المازوخية.
١٤- وغيرها من الشخصيات الأقل أهمية.

الجـدير ذكـره أن هـذه الشـخـصيـات المضطربة توجد كل واحـدة منها لدى ١ - ٣٪ من البشـر أما سمـاتها دون حد الاضطراب فـهى موجودة عند الكثـيرين بدرجات مختلفة كما قد توجد سمات أكثر من شخصية لدى فرد واحد.

الشخصية الفصامية: تتسم هذه الشـخصيـة بالانطوائية والعزلة والانفـصال عن الواقع وعدم الرغبـة فى العلاقات الحميمـة، والميل إلى الأنشطة والهوايات الفردية ولا يتأثر عادة بنقد الآخرين كما يتصف ببرودة المشاعر والانفعالات.



ونظرًا لسمة العزلة الأساسية فى هذه الشخصية؛ لذا فإن أصحابها لهم أساليبهم التفكيرية الخاصة؛ لأنهم يستمدون أفكارهم مما يقرءونه ومما تملى عليهم آراؤهم أكثر من تواصلهم مع الآخرين؛ لأن البنية النفسية لديهم لا ترغب بالخُلطة بل تستمتع بالوحدة.

الشخصية شبه الفصامية: تتسم بغرابة الأطوار واضطراب إدراك الواقع وعدم سلوك نمط محدد فى حياته بل هو الإنسان الذى لا يتنبأ بما قد يفعل أو كيف يفكر فى أى مستجد. أفكاره خيالية بعيدة عن الواقع كما أن سلوكياته تشذ عن مثل من يحيا مثل ظروفه. هذا الفرد فى العادة واضح الاضطراب للآخرين إلا أنه قد يتلبّس فكرة معينة وينافح من أجلها مهما كانت غريبة.

الشخصية الشكاكة (المرتابة): تتسم هذه الشخصية بالشك دون وجود ما يدعم ذلك الشك سوى الظنون التى لا تعتمد على حقيقة. هذا الفرد يكون مشغول البال باحتمال عدم استمرار ولاء رفاقه وذويه له وما مستوى الثقة التى يجب أن يعطيها لهم، ويرى أن الآخرين لا يرون حقيقة ما يحاك له، كما أنه يتجنب العلاقة الحميمة لاعتقاده أن ما يقوله لغيره قد يستخدمه ضده إضافة إلى أنه لا ينسى أخطاء الآخرين ولا يغفرها لهم ويسعى إلى قراءة المعانى الخفية للحوادث بدرجة تثير التوتر فيمن يتعامل معهم من الناس ويربط الأحداث ببعضها بشك شديد، فهو دائم البحث عن ما يريح شكوكه.

الشخصية الحدية: لها خصائص نفسية ذات بعد واحد، ففيه التطرف الشديد فى التفكير والمفاهيم حيث المثالية الشديدة ثم الخروج من القيم ثم العودة ثانية إلى المثاليات. هو متطرف فى علاقاته مع التقلب خلال ساعات أو أيام بين الحب المفرط والبغض المفرط لذات الآخر. عنده اضطراب فى تصور الذات، كما أنه فجائى فى تصرفاته، ويتسم بعدم الاستقرار فى المشاعر والانفعالات التى تسبق عادة أفكاره. يشعر بفراغ الذات وعدم وضوح الهدف وعنده ضعف فى القدرة على ضبط نوبات الغضب.

الشخصية النرجسية: شعور غير عادى بالعظمة وحب وأهمية الذات، وأنه شخص نادر الوجود أو أنه من نوع خاص فريد لا يمكن أن يفهمه إلا خاصة



الناس. ينتظر من الآخرين احترامًا من نوع خاص لشخصه وأفكاره، وهو استغلالى، ابتزازى، وصولى يستفيد من مزايا الآخرين وظروفهم فى تحقيق مصالحه الشخصية، وهو غيور، متمركز حول ذاته يستميت من أجل الحصول على المناصب لا لتحقيق ذاته وإنما لتحقيق أهدافه الشخصية.

الشخصية الهستيرية: تكثر بين النساء بشكل خاص. يشعر الفرد منهم بعدم الارتياح حينما لا يكون محط نظر وتركيز الآخرين؛ لذا تجدهم يعتمدون على مظاهرهم فى شد انتباه الآخرين (نظرًا لنقص الجوهر) ويسعون لنيل الإعجاب دون تقديم أى أمر ذى عمق أو فائدة، مشاعرهم سطحية وعندهم قابلية شديدة للإيحاء.

الشخصية الوسواسية: تتصف هذه الشخصية بالانشغال المفرط بدقائق الأمور، وعدم القدرة على التعامل مع روح النظام، وإنما التصلب فى التعامل تقيدًا بحرفية الأنظمة لا معانيها.

وهذه الشخصية تُبالغ فى المثالية، والإسراف فى العمل بلا استرخاء، وعدم القدرة على الاعتماد على الآخرين فى إنجاز الأعمال، وانعدام المرونة والعناد فى ذاته، كما تتسم عادةً بالبخل والضمير الحى جدًا لدرجة المرض ويبالغ فى حفظ الأشياء غير المهمة.

الشخصية الاعتمادية: يتصف الفرد بصعوبة إنجازه لقراراته وأعماله اليومية دون الرجوع المتكرر الممل للآخرين واستشارتهم. كما أنه لا يعارض الآخرين لخوفه من أنه قد يفقد عونهم ومساعدتهم؛ لذا فإنه قد يقوم ببعض الأعمال أو السفر لمسافات طويلة كى يحصل على دعم الآخرين. من الصعب على مثل هذا الفرد البدء فى مشروع بسبب نقص الثقة لا نقص الطاقة. لا يرتاح للوحدة ولذا فإنه يسرع فى بناء علاقة حميمة أخرى (كمصدر للعناية به) عندما تنتهى علاقته الحميمة الحالية. عنده خوف مستمر مقلق من أن يترك ليتخذ القرار بنفسه.

الشخصية التجنبية: يتجنب الفرد الذى يتصف بها تلك المهام الوظيفية التى تتطلب تواصلاً مع الآخرين؛ لذا تجده لا يختلط مع الآخرين إن لم يتأكد بأنه



سيكون محط قبولهم. هناك خوف مستمر من النقد فى المحافل واللقاءات الاجتماعية وشعور بعدم الكفاءة ولذا تجده يميل إلى السكوت مع الآخرين. إنه الشعور العام بالنقص.

الشخصية الاكتئابية: ترفض أى عمل أو نشاط بسبب كآبتها. تنظر بسوداوية إلى مختلف جوانب الحياة. إنها أعراض الاكتئاب حينما تتمثل فى شخصية فرد طول حياته.

الشخصية المازوخية: هى تلك الشخصية التى تجد الراحة، وتستمتع حينما يتعدى عليها الغير بالأذى الجسدى والمعنوى، لذا تسعى أن تكون فى مواطن أذى الآخرين لها.

العلاج النفسى لاضطرابات الشخصية:

مفهوم العلاج النفسى عموماً:

يستهدف العلاج النفسى علاج الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية والأخلاقية، وكذلك الأمراض السيكوباتية باستخدام أساليب نفسية صرفة، دون استخدام أى من العقاقير أو الجراحات أو الصدمات الكهربائية أو صدمات الأنسولين.

ويتبع المعالجون النفسيون مناهج علاجية مختلفة باختلاف الخلفية الثقافية التى ينتمون إليها.. ويحقق العلاج درجات مختلفة من الشفاء كما يستغرق فترات زمنية مختلفة تبعًا لنوعية المنهج المستخدم.

ويقصد بالعلاج النفسى فى حالة اضطرابات الشخصية، استخدام أى منهج سيكولوجى فى علاج الاضطرابات العقلية أو سوء التكيف، ويشمل العلاج الإيمانى عن طريق غرس الإيمان فى وجدان المريض، واستخدام إيحاء فى شفاء المريض، وكذلك التنويم المغناطيسى، والتحليل النفسى، وتوفير الراحة للمريض، والتوكيد للمريض، وإعطاء النصح له، والاستشارات، تلك التقنيات المتخصصة لتحقيق راحة المريض من مشاعر الحصر والقلق.



اضطراب الشخصية البارانويدية:

هو اضطراب شخصيــة يتميز بحساسية مفــرطة نحو الهزائم والرفض وعدم مغفرة الإهانات والجــروح، وميل نحو حمل الضغائن بشكل مســتمر والشك وميل لتشويه الخبرات من خلال سوء تفسير الأفعال المحايدة أو المحببة للآخرين على أنها عدوانية، أو مليـئة بالازدراء وإحساس قتــالى ومتشبث بالحــقوق الشخصيــة، غير متناسب مع الموقف الفعلى وقابلية للغيرة المرضية وميل إلى الإحساس بأهمية ذاتية مفرطة وفى كثير من الأحوال إحساس مبالغ فيه بالإشارة إلى الذات.

والطابع المميز للشخصــية البارانويدية هو الشك فى كل من حولها والشكوى الدائمة من أنها لم تأخذ حقوقــها كاملة، وأن الناس لا يقدرونها حق قدرها، وأن المجتمع لا يعطيها المنصب اللائق بها، وأن صاحبها لو كان قد سافر للخارج مثلاً، لاستطاع أن يصل للقيمة التى يستحقها.

وصاحب هذه الشخصية يعتقد على الدوام أن زملاءه وجيرانه يريدون إلحاق الأذى به، ولا يمكن إقناعه بسوء ظنه، وإذا تكلم أحد هامــسًا فى الحجرة التى هو بها، فــإن هذا يعنى أنه يتكلم عنه، وإذا وجد زوجــته تتحــدث فى التليفــون فإنه يخطفه منها ليرى إذا كــان المتحدث معها رجلاً أو امرأة، بل إنه يتــرك عمله أحيانا ليفاجئ زوجته بالمنزل ويرى ماذا تفعل، وهو دائم الشجار مع زوجته لأنها ابتسمت لفلان أو أن فلانًا كان ينظر إليها بطريقة يفهم منها أنها على علاقة به.

وهذا النوع من الشخصيــات يصبح غير مرغوب فيــه فى أى عمل، ويحتاج إلى عــلاج خاص لتــقويم هذه الــشخـصيــة المعوجــة ويتـعرض أحـيانًا للإصــابة بالضلالات الاضطهادية أو الفصام الخيلائى.

الشخصية المضادة للمجتمع:

حدد الدليــل التشخـيصى والإحــصائى DSM IV المحكات التـشخـيصــية للشخصية المضادة للمجتمع، وهو يتضمن **ثلاث مكونات أساسية:**

أ - لا يقل سنه عن ١٨ سنة.

ب - ما يفيد وجــود اضطراب فى السلوك قبل سن ١٨ سنة بوجود ٣ على الأقل من العلامات التالية فى تاريخ الحالة:



١- الهروب المتكرر من المدرسة.

٢- الهروب من المنزل والبيـات خارجه مرتين على الأقل أثناء إقـامته مع والديه.

٣- كثيرا ما يبدأ بالشجار.

٤- استخدام سلاح أكثر من مرة.

٥- يجر شخصا إلى ممارسة الجنس معه.

٦- القسوة على الحيوانات.

٧- القسوة مع الناس.

٨- إتلاف ممتلكات الغير المتعمد.

٩- تعمد إشعال الحرائق.

١٠- كثرة الكذب لأسباب غير تجنب العقاب.

١١- السرقة بدون إكراه أكثر من مرة بما فى ذلك التزوير.

١٢- السرقـة بالإكراه وخطف الحـقائب والسطو المسلـح والابتزاز.... إلخ.

جـ- نمط من السلوك اللا مسئـول والمضاد للمجتمع بعـد سن ١٥ سنة كما يتضح من وجود أربع من العلامات التالية:

١- البطالة مدة ٦ شهور أو لمدة تزيد عن ٥ سنوات فى حالة وجود فرص للعمل، والغياب المتكرر عن العمل بدون سبب، وتنقله من وظيفة إلى أخرى دون وجود خطط واقعية لهذا التغيير.

٢- عدم الالتزام بالمعايير الاجتماعية.

٣- العصبية والعدوانية.

٤- تكرر عدم قيامه بأعبائه المالية.

٥- عدم التخطيط للمستقبل.... **كما يتضح من وجود محك واحد من المحكين التاليين:**



- السفـر من مكان إلى آخـر بدون ضمان الحـصول على عـمل أو بدون هدف.

- عدم وجود عنوان ثابت لمدة شهر أو أكثر.

٦- لا يكترث بالصدق.

٧- الاستهتار بسلامته أو بسلامة غيره.

٨- إذا كان والدًا أو ولى أمر لا يمارس صلاحيـاته كولى أمر كما يتضح من واحد أو أكثر مما يأتى:

- معاناة الأطفال من سوء التغذية.

- مرض الأطفال نتيجة لإهمال الحد الأدنى من الرعاية الصحية.

- اعتماد الأطفال على الجيران أو الأقارب البعيدين للحصول على الطعام أو المأوى.

- عدم الاهتمام بإيكال أمر الطفل الصغـير إلى أحد يرعاه عند غيابه عن المنزل.

- الإنفاق المتكرر للمال المطلوب لنفقات المنزل على أغراضه الشخصية.

٩- لا يستمـر على علاقة واحدة مع شـخص من الجنس الآخر لمدة تزيد عن سنة.

١٠- لا يشعر بالندم ويشعر أن إيذاءه للغير أو سرقته للغير له ما يبرره.

١١- لا يقتـصر ظهور السـلوك المضاد للمجـتمع أثناء نوبات الفـصام أو الهوس.

أهم اضطرابات السلوك عند الأطفال

١- صرير الأسنان. ٢- التأتأة.

٣- مص الإبهام. ٤- متلازمة Gilles de la Tourtte.

قد تشير اضطرابات العادة عند الأطفال إلى سلوك يهدف إلى تخفيف التوتر عند الطفل، كضرب الرأس بعنف أو هزهزة الجسم، مص الإبهام، عض الأظافر،



جرُّ الشعر (هوس النتف)، صر الأسنان (صرير الأسنان)، عض الشخص أو ضربه لجزء من بدنه، النطق التكرارى، نوبات حبس النفس، وبلع الهواء.

وتعتبر العرات حركات لا إرادية لمجموعات عضلية مختلفة إحدى اضطرابات العادة.

يبدى معظم الأطفال، وفى مستوياتهم التطورية المختلفة طرزًا تكرارية للحركة، من الممكن أن تعرف بالعادة لديهم، وقضية اعتبارها اضطرابًا اجتماعيًا أو فيزيائيًا، وقد تكتسب تلك الطرز نتيجة محاكاة الكبار، إذ تبدأ حركة ما بغية أداء غرض معين ومع مرور الوقت تتخذ صفة التكرارية ويتراجع دورها الأساسى الذى وجدت لأجله، لتغدو مجرد وسيلة لتحرير التوتر، قد يُقدم الطفل المصاب بتهيج فى عينيه أو الراغب بمن ذرف دموعه على سبيل المثال، على محاولة إغلاق جفنيه عدة مرات فى تتابع سريع، وقد تتحول العملية إلى فعل تكرارى سرعان ما يتغلغل فى سلوك الطفل كمخرج للتوتر لديه، وغالبًا ما يعزز انتباه الوالدين أو الآخرين هذا التغلغل. ويمكن أن تستمر حركات أخرى دون أى تعزيز من الوالدين كهزهزة الرأس أو ضربه بعنف وبصورة نظمية فى فترة مبكرة من الحياة، وتحدث غالبًا عندما يكون الطفل وحيدًا أو يوضع فى فراشه، ويبدو أن لتلك الحركات دورًا فى منح السلوى والعزاء الحسى لطفل يشعر بأنه فاقد للرعاية أو لم يتح منح ما يلزم من لمسات الحنان.

تشكل تلك الحركات انعكاسًا لنوع ما من التصادمات الداخلية، وغالبًا ما تظهر لدى أطفال متخلفين عقليًا أو محرومين من عاطفة الأم أو الكفاية العاطفية.

ومما يشابه الحركات التى تم الحديث عنها، قيام الطفل بفتل شعره أو اللعب بجزء من جسمه بصورة تكرارية. عندما يكبر الأطفال المصابون يتعلمون تثبيط بعض تلك الطرز النظمية فى عاداتهم وبصورة خاصة فى المواقف الاجتماعية. لا يعرف مدى انتشار اضطرابات العادة. ويميل مسار الإصابة للاختلاف معتمدًا على كونها جزءًا من مشكلة مزمنة (كالتخلف العقلى) أو ناجمة عن اضطراب عرضى.



صرير الأسنان: يمكن أن ينجم صرير الأسنان عن حالة غضب أو امتعاض لم تجد



طريقة للتعبير عنها لدى الطفل، مما قد يخلق مشاكل فى إطباق الأسنان لديه، ويبدو أن إيجاد طرق للتعبير عن الاستياء الذى يكابده أمر مساعد على حل المشكلة: فجعل وقت النوم باعثًا على المتعة بالقراءة أو الحديث وإفساح المجال أمام الطفل لسرد غضبه أو مخاوفه أو استعادة ما عاناه منها خلال اليوم، وإعطاؤه إطراءً ما أو دعمًا عاطفيًا، أمور مفيدة فى مساعدته.

فى الحالات الشديدة من صرير الأسنان يمكن إعطاء الطفل دواء thioridazine.

مص الإبهام: يعتبر مص الإبهام حدثًا طبيعيًا فى سن الرضاع المبكر ومن شأنه اعتبار الطفل الأكبر سنًا أقل نضجًا من أقرانه وقد يترك أثرًا سيئًا على ترصيف الأسنان الطبيعى. تتركز الاستراتيجية فى التعامل مع المشكلة على إقناع الطفل بوجود اهتمام واضح من الوالدين بكل ما من شأنه منحه الرضى عن الذات، وذلك بإهمال القضية ما أمكن والتوجه نحو الاهتمام بالمظاهر الإيجابية الأخرى فى سلوك الطفل، وتقديم الإطراء والتشجيع لمن يسعى جاهدًا للتخلص من هذه العادة.

متلازمة Tourtte la de Gilles: تحدث على مدى الحياة بنسبة ٥, ٠/ ١٠٠٠ من السكان حالة نادرة عن الأطفال، وتظهر فى نصف الحالات قبل سن السبع سنوات، وتتميز بعرات متعددة، وسعال وكحة بشكل قسرى، أو التلفظ بكلمات فاحشة. تصيب المتلازمة بشكل أشيع بين أقارب الدرجة الأولى لمن يعانون منها نسبة لباقى الناس، وتصيب الصبيان ٣-٤ أضعاف إصابتها للإناث وتنتشر أكثر فى العرق الأبيض. يعانى الأطفال المصابون بمتلازمة Tourtte من مشاكل انفعالية وسلوكية ودراسية ثانوية متعددة. رغم عدم تحديد السبب تقترح البحوث وجود تضافر بين عوامل عصبية حيوية وبيئية ونفسية وجينية فى إحداثها. تؤدى الأدوية التى تزيد الفعالية الدوبامينية إلى سوء وضع العرات ومتلازمة أو التأهيب لها، كما حددت عدة عوامل بيئية مؤهبة كحال مولدات الكرب الانفعالية التى من شأنها دفع العرات ومتلازمة Tourtte نحو الأسوأ. تعتبر الدراسات المخبرية غير نوعية إذ يوجد مخطط شاذ غير نوعى لكهربائية الدماغ فى (٨٠٪) من مرضى متلازمة



Tourtte ، كما سجلت مقادير شاذة لمستقلبات النواقل العصبية المختلفة، ولوحظ تسجيل أحراز متدنية على السلالم التحتية اللفظية للاختبارات القياسية النفسية. يستمر الاضطراب عادة مدى الحياة، إلا أن الدراسات أظهرت تراجعًا هامًا فى شدة الأعراض لدى نصف ثلثى المصابين بعد (١٠-١٥)عامًا من بدء التقييم والعلاج.

التأتأة: يمكن اعتبار التأتأة البدئية كتطور لا نموذجى خلال فترة تعلم الكلام، وتبدأ تدريجيًا بتكرار الأحرف الساكنة أولاً ثم يتلو ذلك عادة تكرار الكلمات والعبارات، وقد يحدث القلق وبعض الاستجابات السلوكية عند إدراك المصاب لعسر الطلاقة الذى يعانى منه، وعندما يترسخ الوضع تحدث حركات تكرارية وقسرية لمجموعات عضلية مختلفة وذلك بشكل ثانوى فى سياق محاولة الطفل "إجبار" الكلمات على الخروج وتحرير التوتر المركب داخليًا. يعانى حوالى ٥٪ من الأطفال من التأتأة، وعادة ما تتراجع معظم الحالات عفويًا ويستمر حوالى ٢٠٪ بالمعاناة من هذه الإعاقة حتى الكهولة. لوحظ حدوث إصابات عائلية بشكل بين، مع ميل المرض للتحسن لدى البنات بشكل أسرع من الصبيان. يمكن للطبيب مساعدة الوالدين على تقبل الأنماط البدئية لعسر طلاقة الكلام لدى الطفل، حيث يسهم إنقاص التركيز عليها بالتنبؤ بنتائج أفضل، كما يتوجب إشعار الطفل بأنه ناجح ويحرص على توفير الرعاية له بالسبل الممكنة، ويتم الرجوع إلى المعالج الكلامى الاختصاصى إذا استمر طراز الكلام على حاله، وتشتمل المقاربات العلاجية تمارين ضبط التنفس واستخدام مسرع "ينظم سرعة" نظم الكلام.

أمراض الكلام عند الأطفال وطرق علاجها:

تتعدد أمراض الكلام المنتشرة بين الأطفال الصغار، لكننا سنوجزها فى أهم هذه الأمراض شيوعًا بين الأطفال وهى: اللجلجة، والعى، والتلعثم، والثأثأة.

أولاً: اللجلجة: اصطلاح يشير إلى "التمتمة" و"الفأفأة" و"التأتأة" فى النطق، واللجلجة أكثر عيوب النطق شيوعًا بين الأطفال، وأسبابها معقدة، ولكن النظرية القائلة بأن أساسها ومنشأها يرجعان إلى عوامل نفسية هى أكثر النظريات العلمية شيوعًا وقبولاً.

ولعل أهم العوامل التى ترجع إليها الإصابة بمرض اللجلجة هو ما يشعر به



المريض من قلق نفسى وانعدام الشعور بالأمن والطمأنينة منذ طفولته المبكرة، ويمكننا أن نتبين أثر القلق وانعدام الأمن عند الطفل من الأثر الانفعالى الذى يعانى منه عندما يتكلم فلأنه يشعر بالقلق فإنه يصبح متوترًا لذلك يتلعثم ويتلكأ فى إخراج الكلام بصورة تامة نتيجة لتخوفه المواقف التى يخشى مواجهتها، أو عندما يكون فى صحبة أشخاص غرباء، وبمرور الأيام يتعود الطفل اللجلجة وقد يزداد معه الشعور بالنقص وعدم الكفاءة.

والواقع فإن الطفل الذى يعانى من اللجلجة يستطيع التكلم بطلاقة فى بعض الأحيان عندما يكون هادئ البال أو أن يكون بمعزل عن الناس، إن مثل هذه المواقف تخلو تمامًا من الخوف والاضطرابات الانفعالية التى يعانى منها عندما يضطر إلى الكلام فى مواجهة بعض الأشخاص وعلى الأخص ممن يتهيبهم.

وقد دلت كثير من البحوث العلمية على أن الأسباب الأساسية للقلق النفسى الذى يكمن وراء اللجلجة تتلخص فى إفراط الأبوين ومغالاتهم فى رعاية وتدليل الطفل أو محاباته وإيثاره على إخوته، أو العكس كأن يفتقر الطفل إلى عطف الأبوين، أو العيش فى جو عائلى يسوده الشقاق والصراع بين أفرادها، أو لتضارب أساليب التربية أو لسوء التوافق والإخفاق فى التحصيل المدرسى.

وقد يكون سبب اللجلجة عند بعض الأطفال هو عدم تمكنهم من اللغة بالقدر الذى يجعلها طوع أمرهم وفى متناولهم، فيؤدى تزاحم الأفكار بسبب قصور ذخيرتهم اللغوية واللفظية إلى اللجلجة. وقد يكون سبب اللجلجة أحيانا أن الطفل يتكلم فى موضوع لا يهمه أو يعنيه أو لا يفهمه معتمدًا على الحفظ الآلى وبذلك تكون اللجلجة وسيلته كلما ضاع منه اللفظ المناسب.

ثانيًا: العى: يقصد بالعى تلك الحالة التى يعجز الفرد فيها عن النطق بأى كلمة بسبب توتر العضلات الصوتية وجمودها، ولذلك نرى الفرد الذى يعانى من العى يبدو كأنه يبذل مجهودًا خارقًا حتى ينطق بأول كلمة فى الجملة، فإذا تم له ذلك يندفع كالسيل حتى تنتهى الجملة، ثم يعود بعدها إلى نفس الصعوبة حتى يبدأ الجملة الثانية وهكذا.

ومن الثابت علميًا أن أغلب حالات العى أسبابها نفسية وإن كان بعضها



تصاحبه علل جسمانية كالتنفس من الفم، أو اضطرابات فى الجهاز التنفسى أو تضخم اللوزتين أو لحمية فى الأنف إلى غير ذلك.

وكثير من حالات العى تبدأ فى أول الأمر فى شكل لجلجة وحركات ارتعاشية متكررة تدل على المعاناة من اضطرابات انفعالية واضحة ثم يتطور الأمر بعد ذلك إلى العى الذى يظهر فيه حالات التشنج التوقفى، ويبدو على المريض أعراض المعاناة والضغط على الشفتين وتحريك الكفين أو اليدين، أو الضغط بالقدمين على الأرض أو الإتيان بحركات هستيرية فى رموش وجفون العينين وكلها أعراض تدل على الصعوبة التى يعانى منها المريض عند محاولة الكلام خصوصًا فى المواقف الاجتماعية الصعبة.

وواقع الأمر فإن الحركات العشوائية وغير العشوائية والهستيرية التى يأتيها المريض إنما يهدف منها إلى أن تساعده على التخلص من عدم القدرة على الكلام والتخلص أساسا من التوتر النفسى الذى يعوقه عن إخراج الكلام.

ثالثًا: التلعثم: يقصد بالتلعثم عدم قدرة الطفل على التكلم بسهولة فتراه يتهته، ويجد صعوبة فى التعبير عن أفكاره فتارة ينتظر لحظات حتى يتغلب على خجله، وأخرى يعجز تماما عن النطق بما يجول فى خاطره.

والتلعثم ليس ناشئًا عن عدم القدرة على الكلام فالمتلعثم يتكلم بطلاقة وسهولة فى الظرف المناسب أى إذا كان يعرف الشخص الذى يكلمه، أو إذا كان أصغر منه سنًا أو مقامًا. وأول ما يشعر به المتلعثم هو شعور الرهبة أو الخجل ممن يكلمه فتسرع نبضات قلبه ويجف حلقه ويتصبب عرقًا، فيتمنى لو أمكن أن يملك عواطفه ويستعيد هدوءه حتى يتابع الكلام فى سهولة.

ويبدأ التلعثم عادة فى سن الطفولة، وقد يشفى الطفل منه ولكن يعاوده من جديد إذا أصيب بصدمة نفسية حتى ولو كان مضى على شفائه سنين عديدة.

والطفل إذا شعر بهذا النقص نشبت فى نفسه حرب داخلية للتغلب عليه، ومما يزيده بؤسا ملاحظات من حوله على طريقة كلامه أو تعمد إحراجه.



وقد ينشأ التلعثم عن واحد أو أكثر من الأسباب التالية:

- قد تتقلص عضـلات الحنجرة نتيجة خوف أو رهبة فتحـجز الكلمات قبل خروجها ولا يقوى الطفل على النطق بأى كلمة أو يـقول آآآ ـ ولا يستمر أكثر من ذلك حتى يزول خوفه وتتفتح حنجرته.

- قد لا يتنفس الطفل تنفسًا عميقًـا قبل بدء الكلام فينطق بكلمة أو كلمتين ثم يقف ليتنفس ويستمر كذلك بين تكلم واستراحة فيكون كلامه متقطعًا.

- قد يتنفس الطفل تنـفسًا عمـيقًا قبل الكـلام، ولكنه يسرف فى استعـمال الهواء الموجود فى رئتيه فيستنفده فى بضع كلمات.

- قد يكون التوازن معـدومًا بين عضلات الحنجرة واللسان والشـفتين فينطق بأحد الحروف قبل الآخر، أو يدغم الحروف بعضها فى بعض.

بقى أن نشير إلى أن الطفل المتلعثم فى الفصل المدرسـى موقفه صعب للغاية فهو يدرك عـدم قدرته على التعبـير بفصاحة ووضـوح عما يخالج نفـسه، ويجد لذلك أمامـه طريقين إمـا أن يصمت ولا يجـيب عن أسئلة المعلم، وإمـا أن يبذل جهده ليعبر عما فى نفسه وهو يعلم أن أقرانه فى الفصل يتغامزون عليه.

رابعًا: الثأثأة: يقصد بالثأثأة إبدال حرف بحرف آخـر، ففى الحالات البسيطة ينطق الطفل الذال بدلاً من السـين، والواو أو اللام أو اليـاء بدلاً من الراء، وقـد يكون ذلك نتيجة لتطبع الطفل بالوسط الذى يعيش فيـه. وقد ينشأ ذلك نتيجة تشوهات فى الفم أو الفك أو الأسنان تحول دون نطق الحروف على وجهها الصحيح.

وينطق الطفل فى الحالات الشديدة بألفاظ كثيرة غير مفهومة، وهذا ينتج عن عيب فى سمع الطفل يمنعه من تمييز الحـروف والكلمات التى يسمعها ممن حوله، ونطق السين ثاء من أكثر عيـوب الكلام انتشارًا. لذلك هناك تمرينات تساعد الطفل على التخلص من هذه العيوب يمكن اتباعها مع أخصائى العلاج.



وسائل العلاج:

يحتاج علاج اضطرابات وأمراض الكلام إلى صبر وتعاون الآباء والأمهات، فإن لم يتعاونوا فشل العلاج أو طال أمده. **وينحصر العلاج فى الخطوات التالية:**

العلاج الجسمى: التأكد من أن المريض لا يعانى من أسباب عضوية خصوصا النواحى التكوينية والجسمية فى الجهاز العصبى، وكذلك أجهزة السمع والكلام، وعلاج ما قد يوجد من عيوب أو أمراض سواء كان علاجًا طبيًا أو جراحيًا.

العلاج النفسى:

وذلك لتقليل الأثر الانفعالى والتوتر النفسى للطفل، كذلك لتنمية شخصيته ووضع حد لخجله وشعوره بالنقص، مع تدريبه على الأخذ والعطاء حتى نقلل من ارتباكه. والواقع فإن العلاج النفسى للأطفال يعتمد نجاحه على مدى تعاون الآباء والأمهات لتفهمهم للهدف منه، بل يعتمد أساسا على درجة الصحة النفسية لهم. وعلى الآباء معاونة الطفل الذى يعانى من هذه الاضطرابات بأن يساعدوه على ألا يكون متوتر الأعصاب أثناء الكلام، حساسًا لعيوبه فى النطق، بل عليهم أن يعودوه على الهدوء والتراخى وذلك بجعل جو العلاقة مع الطفل جوًا يسوده الود والتفاهم والتقدير والثقة المتبادلة. كما يجب على الآباء والمعلمين أيضًا محاولة تفهم الصعوبات التى يعانى منها الطفل نفسيًا سواء فى المدرسة أو فى الأسرة كالغيرة من أخ له يصغره أو الحنق على أخ له يكبره، أو اعتداء أقران المدرسة عليه، أو غير ذلك من الأسباب، والعمل على معالجتها وحمايته منها؛ لأنها قد تكون سببًا مباشرًا أو غير مباشر فيما يعانيه من صعوبات فى النطق.

وقد يستدعى العلاج النفسى تغيير الوسط المدرسى بالانتقال إلى مدرسة أخرى جديدة إن كانت هناك أسباب تؤدى إلى ذلك.

كما يراعى عدم توجيه اللوم أو السخرية للطفل الذى يعانى من أمراض الكلام سواء من الآباء أو الأمهات أو المعلمين أو الأقران.



العلاج الكلامى: وهو علاج ضرورى ومكمل للعلاج النفسى ويجب أن يلازمه فى أغلب الحـالات. ويتلخص فى تدريب المريض ـ عـن طريق الاستـرخـاء الكلامى والتمرينات الإيقاعية وتمرينات النطق ـ على التعليم الكلامى من جديد بالتدريج من الكلمات والمواقف السـهلة إلى الكلمات والمواقف الصعبة، وتـدريب جهاز النطق والسـمع عن طريق اسـتخـدام المسجـلات الصـوتية. ثم تدريـب المريض لتقـوية عضلات النطق والجهاز الكلامى بوجه عـام. والقصد من أن يلازم العلاج النفسى العلاج الكلامى هو أن مجرد علاج اللجلجة أو العى أو غيرهما من أمراض الكلام إنما نعالج الأعـراضّ دون أن نمس العوامل النفسـية التى هى مكمن الداء، ولذلك فإن كثيـرين ممن يعالجون كلاميـا دون أن يعالجوا نفسيًا ينتكسـون بمجرد أن يصابوا بصدمة انفـعالية، أو أنهم بعد التـحسن يعودون إلى اللجلجة وتسـوء حالتهم من جديد دونما سبب ظاهرى، كـما أنهم عادة يكونون شخصيـات هشة ليست لديهم القدرة على التنافس مع أقرانهم سواء فى المدرسة أو فى وسطهم العائلى.

ونوجه نظر الآباء والمربين بـعدم التعجل فى طـلب سلامة مخـارج الحروف والمقاطع فى نطق الطفل، ذلك لأن التعجيل والإصرار على سلامة مخارج الحروف والمقاطع والكلمـات من شأنه أن يزيد الطفل توترًا نفـسيًا وجسـميًا ويجـعله يتنبه لعيـوب نطقه، الأمـر الذى يؤدى إلى زيادة ارتباكـه ويعقد الحـالة النفسـية ويزيد اضطراب النطق. مع مراعاة أن سلامة مـخارج الألفاظ والحروف والمقاطع فى نطق أى طفل يعتـمد أساسًا عـلى درجة نضجه العـقلى والجسمى، ومـدى قدرته على السيطرة على عضلات الفم واللسان، وقدرته على التفكير، وفوق كل ذلك درجة شعوره بالأمن والطمأنينة أو مدى شعوره بالقلق النفسى.

العلاج البينى: يقصد بالعلاج الـبينى إدماج الطفل المريض فى نشاطات اجتـماعية تدريجيًا حتى يتدرب على الأخذ والعطاء وتتاح له فرصة التفاعل الاجتماعى وتنمو شخصيته على نحو سوىّ، ويعـالج من خجله وانزوائه وانسحابه الاجتماعى، ومما يساعد على تنمية الطفل اجتماعـيًا العلاج باللعب والاشتراك فى الأنشطة الرياضية



والفنية وغيرها. هذا كما يتضمن العلاج البيئى إرشادات للآباء القلقين إلى أسلوب التعامل السوى مع الطفل كى يتجنبوا إجباره على الكلام تحت ضغوط انفعالية أو فى مواقف يهابها، إنما يتركون الأمور تتدرج من المواقف السهلة إلى المواقف الصعبة مع مراعاة المرونة لأقصى حد حتى لا يعانى من الإحباط والخوف، وحتى تتحقق له مشاعر الأمن والطمأنينة بكل الوسائل.







الباب الثانى
الأمراض النفسية والعقلية
وعلاجها وتقويم الشخصية







الأمراض النفسية والعقلية وعلاجها

يتناول علم النفس الأمراض النفسية والعقلية تحت شكل تقسيمات وتصنيفات متعددة: فهى إما أن تكون نفسية - عصبية، وإما أن تكون عقلية.

المرض النفسى:

الانحرافات النفسية أمراض وظيفية، تكون بدون تلف فى تركيب المخ، كما أنها لا تنتج عن اختلال عضوى ولا تستند إلى أساس تشريحى معروف. تلك هى، على سبيل المثال، الأفكار السوداء، القلق، الكآبة، وهن الأعصاب (أستينيا)، نهك العزيمة، الحصار النفسى، المخاوف المرضية، الهستيريا، البارانويا... إلخ.

السلوك الاجتماعى الطبيعى للمريض النفسى:

المصاب بالمرض النفسى (أو النفسى - العصبى) شخص قل أن يتميز سلوكه الاجتماعى وشخصيته بالشذوذ إلا أن سلوكه هذا الذى يبدو طبيعيًا هو مختلف فى الحقيقة عن الميول الداخلية أو الاتجاهات النفسية الخفية عن أعين الناس. والواقع أن المريض النفسى يُقاد من قبل قوى غامضة ومتسلطة لا سلطان له عليها: تلك هى الحال فى العقدة النفسية مثلاً، أو فى حالة الخوف المرضى اللا طبيعى من الكلاب أو الظلام أو من الماء أو من النار أو من الأماكن الفسيحة أو الأماكن الضيقة أو العالية.

المريض النفسى وعدم التلاؤم مع البيئة:

إن أشد ما يتميز به المريض النفسى هو عـدم تلاؤمه مع بيئته. إنه يعجز عن أن يتلاءم مع حقـله الاجتماعى أى مع واقعـه ومحيطه وعمله ومـا شابه... هذا الصراع الانفـعالى بينه وبين واقـعه هو سبب المرض النفـسى، وهنا تبرز مـتاعب المريض وآلامه وعدم تلاؤمه وصراعاته مع مجتمعه.

ونتيجة ذلك نرى المريض يفـتش عن حلّ للتلاؤم والتكيف، فنجد ذلك فى محـاولات توفيـقية كـأن يهرب مثـلاً إلى النوم، أو كالنكوص إلـى الطفولة، أو الانهزام، أو إلى مثل هذه الحلول السلبية.

المريض النفسى والمريض العقلى:

يتميز المريض النفسى عن المريض العـقلى (المجنون) بأشياء كثيرة: الأول أنه يعى مرضه أو ما به من حالات نفسية غيـر سوية، كما يعى جيدًا سلوكه ونشاطاته الفردية والاجتماعية. فعلى سبيل المثال، أن المصاب بالهلوسة (هى انحراف بالحس والإدراك) قد يرى أو يسمـع أشياء لا وجود لها فى الواقع، إلا أنه يـعلم جيدًا أن هذه الأشيـاء التى يسمـعهـا أو يراها لا وجود لهـا، لذلك يكون سلوكه طبـيعـيًا وعاديًا.

أما المريض العقلى (أنواع الجنون الكثيـرة) فهو، بالعكس، قد يرى أو يسمع أشياء لا وجود لها ولكنه - وهذا ما يمـيزه - يقتنع فعلاً بوجودها ويكون بموجب ذلك سلوكه ونشاطه وحركاته.

ففى بعض أنواع الجنون يقول المريض بها، إنه يسمع صوتًا أو يرى قادمًا من بعيد، لذلك فهو يصغى لهذا الصـوت أو يجيب عن أسئلة وهمية أو يخاطب هذا الصوت غـير الموجود. كمـا أنه قد يتقدم لمقـابلة أو للهجوم على القادم أو يـشير إليه.. إن المجنون هنا، يظن وجـود أشياء غير موجـودة ويبنى سلوكه على هذا. فى الفصام، وهو نوع من الجنون، يكون المريض منطويًا على نفـسه، جامدًا يهمل حاجـياته الغـريزية، إلا أنه ينقلب أحـيانًا إلى وحش فـيهـجم ليقـتل طبيـبه، أو الممرض، أو من يقع تحت يديه، بسبب ظنه أن هذا يريد به سوءاً..



حالات من الأمراض النفسية:

المريض النفسى، عكس المريض العقلى، يعى ويعرف، فالذى يخشى أن يكون قد نسى باب غرفته ثم يرجع ليغلقه، ثم يكرر ذلك وبشكل دائم، هو مريض نفسى يعرف سلوكه هذا ووعيه وحالته، إلا أنه لا يستطيع الفكاك من هذا السلوك. كذلك القول بالذى ينسى مكان بيته فهو مريض نفسى مع سلامة عقله. إنه ينسى بيته لوجود صراع داخلى بين نفسه وبين البيئة أو الحقل الاجتماعى الذى هو هنا البيت أو ما فيه أو ما يمثله. بمعنى، أن نسيان البيت هو الرغبة الدفينة لنسيان ما يسببه البيت من آلام وصراع وعدم تكيف.

تمامًا هى حال الذى يخاف من الكلاب، مثلاً، أو من الأماكن العالية أو من الظلام أو من الماء.. إنه يخاف الكلب، أو المكان العالى، أو الظلام.. لأن هذا قد سبب له فى طفولته حادثًا أليمًا كبت فى اللاوعى.

الخوف، إذن، يكون خوفًا من هذا الخوف الأول أى من الحادث القديم المؤلم والمكبوت. والقضية، إذن هى عدم تلاؤم بين المريض وبين واقع يمثله الكلب الذى هو سبب نشوء العقدة النفسية - أو المرض النفسى الذى هو هنا المخاوف - الموجهة للسلوك بلا وعى وبتسلط اللا وعى - الذى هو هنا القوة - التى تقود السلوك الاجتماعى والواعى للشخص المصاب نفسيًا.

الطبيب النفسى لا عيب فى اللجوء إليه:

تسبب الأمراض النفسية آلامًا قد تفوق الآلام البدنية، وقد لا تقل عنها حدة ومدة أو عمقًا ودوامًا. بل أن المرض النفسى قد يؤدى أحيانًا إلى المرض العقلى، إلى الجنون. والأمثلة هنا كثيرة وعديدة، سواء أكان ذلك فى ميدان العمل، أم فى الحياة البيتية.

وفى جميع الأحوال، فإنه من الخطأ والخطر النظر إلى المرض النفسى على أنه عرضى أو أنه من العيب اللجوء إلى الطبيب النفسى للاستشارة والمداواة. لا خجل ولا عيب فى اللجوء إلى طبيب الأمراض العقلية.



أذكر جيدًا حالة طفلة فى الثامنة كانت كلما رأت كلب جدها الكبير تأخذ فى النباح ثم تركض وتصيح وكادت مرات عديدة تقع من الشرفة. أدهشنى غضب ذويها عندما ألمحت للطب العقلى النفسى.

إن الأمراض النفسية قابلة للشفاء، وهى كغيرها من الأمراض البدنية تخضع للتحمية والقوانين والعلاج.

لقد اكتشف - مؤخرًا - أكثر من دواء واحد لمرض عقلى هو «الفصام»، فما ظنك بالأمراض النفسية؟ وحبوب السعادة كثيرة. . عديدة هى تلك الأقراص الطبية التى تُنسينا الضجر والقلق والمخاوف وتُضفى السكون والراحة.

إن مجتمعاتنا الحديثة أكثر عرضة من المجتمعات القديمة لإيقاع الإنسان بالمرض النفسى - العصبى.

إن مجتمع اليوم مجتمع يقوم على التنافس والصراع، وعلى الإجهاد وحب السيطرة والكسب. إنه زمن اللا طمأنينة، والمخاوف، والكحول، وضعف الوازع الدينى، وانهيار القيم والمثل الأخلاقية والاجتماعية.

طرق العلاج للأمراض النفسية:

يبدأ العلاج بالفحوصات الفسيولوجية العامة ثم بفحوصات للغدد الصماء وما أشبه. . . وفى المرحلة الثانية يُبحث عن كوامن العقدة النفسية، أى عن أسباب الصراع الانفعالى داخل المريض وعن مكونات أسباب اللا تلاؤم مع البيئة.

أما العلاج الحقيقى فيبدأ بعد تشخيص هذه الأمور كلها وبعد المعرفة. وفى جعبة الطب السيكوسوماتى (النفسى ـ البدنى) الكثير من الأدوية والمعالجات، وهى اليوم ذات أثر علاجى فعال.

خاتمة:

قد تحدث الآلام النفسية لدى الطفل فينعكس ذلك على سلوكه فى أشكال عدوانية، وعناد، ومشاكسة، ينبغى التنبه للأسباب فى بيئة الطفل الصغيرة أو فى



اضطرابات فسيولوجية أحيانًا، إلا أن الآلام النفسية تزداد فى سنوات البلوغ وما بعده؛ إذ هنا تزداد فرص الأمراض النفسية التى تؤدى إلى الإنهاك العصبى والسقوط.

أما فى الحياة الزوجية، متاعب السنوات الأولى - مثلاً - ومشكلات الحموات، وما أشبه من صراع بين الزوجين ومع المال والأهل.. مثل هذا ما يؤدى إلى الأمراض النفسية، إلى الانهيار العصبى، إلى طرد السعادة، إلى الجحيم البيتى، وأحيانًا إلى مشفى الأمراض العقلية.

الأمراض النفسية والعقلية

Psychical and mental diseases

الأمراض النفسية والعقلية من مظاهر الاضطراب فى الشخصية فما هو الفرق بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية.

الأمراض النفسية:

المرض النفسى هو اضطراب وظيفى يتميز بوجود صراعات داخلية وتصدع فى العلاقات الشخصية.

وتنشأ هذه الأمراض من تغيرات بيوكيميائية فى الدماغ، وكذلك من الوراثة، ومن التركيبة النفسية العامة للفرد، ومن تجارب الحياة. ويتصف كل مرض من أمراض القلق المرضى بمجموعة معينة من الأعراض، كما هو الحال فى جميع الأمراض، وتختلف شدة ومدة الأعراض باختلاف الأفراد. ويتميز القلق بوجود أعراض نفسية وجسمانية. وتشمل المخاوف غير الحقيقية والذكريات التى تفرض نفسها على شكل صور مرئية تظهر وتختفى بسرعة للتجارب الصعبة فى حياة الإنسان، وكذلك حدوث بعض الوساوس المرتبطة بالنظافة، مثل التكرار الدائم لتصرفات تعتبر طقوسا أكثر منها تصرفات معقولة، مثل تكرار غسل الأيدى. وتشمل الأعراض الجسمانية اضطرابات النوم وسرعة ضربات القلب وكأن المرء فى سباق، وضيق النفس، والإحساس بالهياج والحركة الدائمة، وجفاف الفم،



والتنميل أو الإحساس بالخدر أو الوخز بالذراعين والقدمين، والمشكلات المعوية المعدية، والشد العضلى. وبالإضافة إلى ذلك، قد يتزامن حدوث عرض من أعراض القلق المرضى مع أمراض القلق الأخرى مثل الاكتئاب والأمراض النفسية الأخرى.

١- الهستيريا: The Hysteria

ما هى الهستيريا:

هى مرض نفسى يتميز بأعراض جسدية وآلام غير عضوية المنشأ. والهستيريا من الأمراض النفسية الكثيرة الانتشار وتكون نسبتها عالية إبان الحروب والنكبات. كما أن النساء يصبن بها أكثر من الرجال.

ولهذا المرض صورتان، الهستيريا التحولية، والهستيريا الانفصالية.

ففى الهستيريا التحولية، يكثر المريض الشكوى من الآلام الجسمانية التى تتنقل من عضو إلى آخر. حتى إن بعض أعضاء الجسم قد تفقد قدرتها على القيام بوظائفها فقد يصاب المريض بالشلل أو العمى أو القدرة على الكلام. أما الهستيريا الانفصالية فقد تبدو بشكل حالات مثل فقدان الذاكرة، النساوة، التجوال النومى، التوهان الهستيرى.

أسباب الإصابة بالهستيريا:

١- الوراثة: وخاصة لدى أبناء المصابين بالأمراض العقلية.

٢- القابلية للإصابة.

٣- العوامل البيئية.

٤- الكبت الجنسى.

أعراض الهستيريا التحولية:

يمكن القول بصورة عامة أن الهستيريا تشترك بأعراض وسمات عامة مثل:

- السلوك الطفلى.
- الأنانية.



- عدم تحمل المسؤولية. - الميل للسفسطة.
- التقلب فى الانفعالات. - الميل للاتكال على الغير.
- خداع الذات.

أعراض الهستيريا الانفصالية:

النساوة: فى هذه المرحلة تسيطر على المرء فكرة معينة فتستبعد جزءًا من حياته، فينسى المرء كل ما يتعلق بهذا الجزء، كما ينسى شخصيته الحقيقية، فلا يعرف اسمه أو عنوانه أو عائلته.

التجول النومى: يشيع هذا المرض عند الكثيرين غير أنه أكثر حدوثًا عند الذكور من الإناث وهو عبارة عن حلم يشبع فيه الفرد كل رغباته المكبوتة، إذ يتجول المريض مفتوح العينين، غير أنه ينسى كل ما قام به أثناء تجواله.

٢- القلق: Anxiety

نوع من الأمراض النفسية يتضمن الخوف المرتبط بانفعال شعورى مؤلم حيث يتوقع المصاب خطرًا محتملاً.

والقلق العصابى يكمن مصدره داخل الفرد إذ إن أسبابه غير شعورية. وغالبًا ما يقع المريض تحت وطأة مخاوف غير مبررة.

الأعراض الجسمانية للقلق:

- ارتفاع ضغط الدم. - ارتجاف. - ضعف الشهية.

أسباب الإصابة بالقلق:

- أسباب تكوينية. - انحراف فى النشأة.
- سوء التربية. - الإيحاء.
- عوامل جنسية. - الأمراض العضوية.



علاج القلق:

يبدأ العلاج بفحص المريض وتتبع سيـرة حياته، فيجب الإلمام بظروف النشأة والبيـئة والعادات والمشاكل التى واجـهت المريض بعد ذلك يلجأ المعـالج إلى اتباع إحدى طرق العلاج بالتحليل النفسى.

القلق النفسى:

القلق والخوف والوقـوع فريسـة لأفكار معينة، والميل نـحو القيـام بعمل أو سلوك معين، كرد فعل لموقف أو ظرف معين حدث فعلاً أو على وشك الحدوث، يعتبـر شيئا طبيـعيا فى حياة الإنسـان اليومية، حيث إن هذه المشـاعر حسب رأى خبراء الصحة النفسية ما هى سـوى صمام الأمان، والذى يقوم بتحذير الإنسان من وجود خطر مـا يهدد الجـسم وضرورة تجنب هذا الخطر من خـلال سلوك أو ردود فعل معينة.

وفى الواقع فإن الجسم يقوم عند حدوث مشاعر الخوف والقلق، بسلسلة من التغييرات الفسيولوجية الداخليـة والتى من شأنها مساعدة الإنسان على التعامل مع موقف الخطر الوشيك سواء بالهرب من الموقف أو مواجهة الموقف.

على أى حال، عندمـا تصبح مـشاعر الخـوف والقلق شيـئا دائما فى حـياة الإنسان اليومية وتزداد حدتها وإلى درجة التأثير سلبيا على قدرة الإنسان على القيام بوظائفه اليومية الحيـاتية بصورة طبيعية وبالكفاءة المعتادة، فـإن هذه المشاعر السلبية تتحـول إلى مرض أو بالأحرى مجـموعة من الأمراض تسـمى مجتمعـة بأمراض القلق النفسى.

وهذه الأمـراض متفـاوتة فى الشـدة وفى درجة الخطورة التى تشكلهـا على صحة الإنسان الجسمية (البدنية) أو النفسية.

فيما يلى أمراض القلق النفسى الشائعة وسبل الوقاية والعلاج:

مرض القلق العام:

مرض القلق العام عبارة عن مشاعر خوف ورهبة، مبالغ فيها، أو غير مبررة لعدم وجود سبب واضح لها، وتستمـر هذه المشاعر المبالغ بها أو الوهمية لمدة تزيد عن ستة أشهر.

أعراض المرض:

- توتر عضلى وعصبى واضح.
- النشاط الزائد وعدم القدرة على التزام الهدوء.
- النرفزة وسرعة الغضب.
- الشعور بتعب وإجهاد وزيادة عدد دقات القلب.
- العرق الزائد.
- الشعور بالبرودة والرطوبة فى اليدين.
- جفاف فى الفم مع صعوبة فى بلع الطعام أو الشراب.
- إسهال وكثرة التبول.
- فقدان القدرة على التركيز.
- الغثيان والشعور بالدوخة.

وإن شرائح المجتمع الأكثر عرضه للإصابة بالقلق والتوتر العام تشمل الأطفال والمراهقين من كلا الجنسين ولكن بشكل عام البالغون من الجنسين ما بين سن العشرين والثلاثين هم أكثر شرائح المجتمع عرضة للإصابة بالمرض.

سبل العلاج:

سبل علاج مرض القلق النفسى العام تشمل:

- علاج نفسى.
- علاج سلوكى.
- العلاج بالعقاقير: العقاقير المستخدمة فى العلاج تسمى العقاقير المضادة للقلق والتوتر Antianxiety drugs ومنها عقار Buspirone Buspar، ومجموعة العقاقير التى تندرج تحت اسم Benzodiaodiazepines والتى تشمل عقاقير الفاليوم وأتيفان وعقار ليبريوم.



أمراض نوبات الهلع والذعر الشديد:

إن أى مشاعر خوف وذعر شديد والخوف من خطر وهمى لا وجود له تسمى طبيًا بأمراض نوبات الهلع والذعر الشديد غير المبررة.

أعراض المرض:

- ضيق فى التنفس.
- زيادة عدد دقات القلب بشكل كبير.
- مشاعر ضيق وألم فى منطقة الصدر.
- الشعور بالاختناق.
- الدوخة والدوار وعدم القدرة على المحافظة على التوازن.
- وخز وألم خفيف وضعف مفاجئ فى اليدين والساقين.
- إفراز العرق بشكل سريع وكثيف.
- الارتجاف والقشعريرة وربما الإغماء.
- القىء، والغثيان، والإسهال.
- الشعور بقرب الإصابة بالجنون (فقدان العقل) أو حتى الموت.

وتحدث أمراض نوبات الهلع والذعر الشديد عادة فى فترة المراهقة أو السنين الأولى بعد البلوغ، والأسباب تتراوح بين الوراثة وعوامل كيميائية حيوية، إضافة للأسباب النفسية مثل خوف وذعر قديم مكبوت داخل المريض.

وإن تناول كميات كثيرة من الكافيين (قهوة، شاى، مشروبات غازية) حسب رأى أطباء الصحة النفسية يؤدى إلى تنشيط وحفز حدوث نوبات الذعر والخوف الشديد. و أن حوالى ٧٥٪ من حالات الخوف والذعر الشديد تحدث أثناء الليل بحيث ينهض المريض ودقات قلبه سريعة وقوية ويشعر وكأنه مصاب بنوبة قلبية بسبب آلام الصدر وإفراز العرق الشديد ونشاط القلب غير الطبيعى التى تصاحب نوبات الذعر والخوف الشديد.



سبل العلاج:

- علاج نفسى.
- علاج سلوكى.
- تمرينات التنفس وذلك للتخفيف من هذه الأعراض المصاحبة للنوبة.
- العقاقير مثل العقاقير المضادة للقلق والمضادة للاكتئاب.

وعادة، ثلاثة أشهر من العلاج تكفى لحدوث تحسن كبير فى حالة المريض وحوالى ٥٠٪ من المرضى يشفون تماما من المرض بعد تلقى العلاج لمدة ٣ أشهر، حيث إن فى حالة عدم تلقى المساعدة والعلاج، فإن المرض قد يتطور إلى لجوء المريض للانتحار أو محاولة الانتحار.

أمراض الهوس والاستحواذ النفسى السلوكى:

مرض الهوس والاستحواذ السلوكى هو أحد أمراض القلق النفسى وهذا المرض يصيب الأفراد من الجنسين، وفى مختلف المراحل العمرية، فالمرض بحد ذاته عبارة عن مرضين متلازمين هما:

١- مرض الهوس والاستحواذ النفسى:

وهو عبارة عن أفكار ومشاعر معينة تسيطر على الإنسان وتتحكم به نفسيا بحيث يصبح الإنسان سجينا وعبدا لهذه الأفكار والمشاعر غير الحقيقية وغير المبررة، والتى تؤدى لشعور دائم بالضيق عند المريض.

٢- مرض الهوس والاستحواذ السلوكى:

عبارة عن مشاعر الإنسان الداخلية التى لا يستطيع المريض مقاومتها وكبتها وذلك باتجاه القيام بعمل معين. وأن مشاعر عقدة الذنب، وسلوكيات الفرد نحو نفسه (عقاب النفس) أو نحو الآخرين هى أحد أكثر أمراض الهوس والاستحواذ النفسى السلوكى الشائعة جنبًا إلى جنب مع مرض الخوف الشديد من السمنة.



يمثل القلق النفسى المرتبة الأولى فى الانتشار بين الأمراض النفسية وهناك فرق بين القلق الطبيعى المرغوب كالقلق مثلاً أيام الامتحانات وبين القلق المرضى الذى يحتاج إلى تدخل الأطباء. وتظهر الأعراض النفسية على شكلين:

١- الشعور بالعصبية أو التحفز والخوف وعدم الإحساس بالراحة.

٢- الأعراض الفسيولوجية الجسمية كخفقان القلب أو رعشة اليدين أو آلام الصدر وبرودة الأطراف واضطرابات المعدة وغير ذلك. والقلق النفسى أيضا يؤثر على التفكير والتركيز مما يكون له مردود سلبى على التحصيل الدراسى أو العملى.

ما هى أسباب القلق النفسى؟

١- أسباب ناتجة عن الأفكار المكبوتة والنزعات والغرائز مما يؤدى إلى القلق وهى ما يسمى بالعوامل الديناميكية.

٢- العوامل السلوكية باعتباره سلوكًا مكتسبًا مبنيًا على ما يعرف بالتجاوب الشرطى.

٣- عوامل حيوية بإثارة الجهاز العصبى الذاتى، مما يؤدى إلى ظهور زمرة من الأعراض الجسمية وذلك بتأثير مادة الابنفرين على الأجهزة المختلفة وقد وُجدت ثلاث نواقل فى الجهاز العصبى تلعب دورًا هامًا فى القلق النفسى هى النورابنفرين (Norepinephrine) والسيروتونين (Serotonin) والقابا (GABA).

٤- العوامل الوراثية: أثبتت الدراسات وجود عوامل وراثية واضحة فى القلق النفسى سيما فى مرض الفزع Panic Disorder.

وعندما نتحدث عن القلق النفسى فإننا نتحدث عن مجموعة من الأمراض التى تندرج تحت هذا المسمى وكل مرض يتميز ببعض الخصائص المميزة له. من هذه الأمراض:

- الفزع والخوف البسيط Simple phobia
- رهاب الخلاء Agora phobia



- الخوف الاجتماعى Social phobia
- الوسواس القهرى Obsessive compulsive disorder
- قلق الكوارث Post traumatic stress disorder
- حالات القلق الحاد Acute stress
- القلق العام Generalized anxiety disorder
- القلق الناتج عن الأمراض العضوية Organic anxiety أو استخدام الأدوية Anxiety related to medicine
- القلق النفسى المصاحب للاكتئاب Anxiety - Depression

الفزع Panic Disorder:

الفزع عبارة عن نوبات من الخوف والقلق الشديد المصحوب بأعراض جسمية والتى تحدث فجأة وتصل ذروتها فى خلال عشرة دقائق، ومن هذه الأعراض خفقان القلب، والعرق، والرعشة، وصعوبة التنفس، والإحساس بالاختناق، وألم الصدر، والغثيان، واضطراب الهضم، والإحساس بالدوخة، والصداع، والخوف من الموت؛ حيث يعتقد المريض أن تلك النوبة ليست إلا أعراض الموت. وكثيرًا ما يكون مصاحبًا لأمراض أخرى كأمراض القلب أو أمراض الجهاز العصبى، ورغم أنها تعرف بمفاجأتها للمريض إلا أنها قد تحدث عقب إثارة شديدة أو مجهود عضلى أو جنسى أو مصحوبة بشرب كميات من القهوة أو الخمرة.

الخوف الاجتماعى Social Phobia:

وهو الخوف الشديد والمستمر فى المواقف الاجتماعية التى لا تثير الخجل لدى الآخرين ويحدث للمريض الارتباك والشعور بالإحراج من تلك المواقف التى تحدث أمام الآخرين أو مقابلة شخص ذى مسئوليات أعلى أو الأكل والشرب أمام الآخرين أو عند إمامة الصلاة أو إلقاء درس، ويتركز الخوف فى الشعور بمراقبة الآخرين وتصل نسبة احتمال الإصابة بالخوف الاجتماعى إلى ١٣٪ من الناس،



ويؤدى هذا الخوف إلى تعـريض علاقات المريض الاجتـماعية والعمليـة إلى التأثر والتدهور. ويصحب الخوف أعراض جسمية كالخفقان وسرعة التنفس وجفاف الفم ورعشة الأطراف.

الوسواس القهرى Obsessive compulsive disorder:

هو عبـارة عن اضطراب فى الأفكار أو الأفعـال ويستـغرق وقتًـا طويلاً من المريض وقد يعيق المريض عن أداء واجباته ومسئولياته ويظهر على شكلين:

١- وسواس الأفكار Obsessional thoughts:

وهو عبارة عن أفكار مـلحة ومستمـرة أو شعور أو صورة غيـر سارة يعرف المريض بسخافتها ولا يستطيع كبـتها. وعادة ما تكون الأفكار حول الدين والطهارة أو الجنس أو المرض. كالتفكير فى الإصابة بمرض مـا كالإيدز مثلاً أو مرض جنسى أو مرض فى القلب أو السرطـان مثلاً، وكثيـرًا ما يتجه المرضى إلى العيـادات غير النفسـية للبـحث عن مشـاكلهم. يصحب الاكـتئـاب النفسى أكـثر من ٥٠٪ من الحالات.

٢- وسواس الأفعال Rituals:

وهو تكرار أفعال مـعينة كتكرار الوضوء أو تكرار الصـلاة أو أجزاء منها أو غسل اليدين أو الاستحمام وقد تستغرق وقتًا طويلاً.

القلق النفسى العام Generalized anxiety disorder:

يعرف على أنه التـوتر وانشغال البال لأحداث عـديدة لأغلب اليوم ولمدة لا تقل عن ستة أشهر، ويكـون مصحوبًا بأعراض جسمية كـآلام العضلات والشعور بعدم الطمأنينة وعدم الاسـتقرار وبضعف التركيـز واضطراب ضغط الدم والشعور بالإعياء وهـذه الأحاسيس كثيـرًا ما تؤثر على حيـاة المريض الأسرية والاجتمـاعية والعملـية وغالبًـا ما يصـيب الأعمـار الأولى من الشبـاب، ولكنه يحدث لجـميع الأعمار.



٣- الوسواس: The obsession

عصاب يتخذ شكل فكرة تتسلط على الفرد بحيث لا يستطيع الفكاك منها. ورغم أن الفرد يحاول بكل طاقته أن يبعد هذه الفكرة ويقاومها إلا أنها تلازمه. ما يميز المصابين بعصاب الوسواس التردد المستمر والشك فى قدراتهم.

قد نجد الوسواسيين يسرفون فى الإصرار على النظافة مثلاً والتمسك بالقيم الأخلاقية بشكل يتجاوز الحدود.

اضطراب الوسواس القهرى:

هذا هو الاسم الشائع بين الناس والاسم الحقيقى هو (الأفكار التسلطية والسلوك القهرى) أو باللغة اللاتينية Obsessive Compulsive Disorder ويختصر بـ OCD. وكما قلنا إنه مرض عصابى شائع تصل نسبته إلى ٢,٥٪ من الناس يصابون به بشكل متساو بين الذكور والإناث إلا فى مرحلة الطفولة، فإن الذكور نسبة إصابتهم أكبر. يعتبر رابع الأمراض النفسية من ناحية الشيوع بعد أمراض الرهاب، وسوء استخدام المخدرات والاكتئاب.

أهم خصائص هذا المرض هى تلك الأفكار والصور الذهنية الملحة التى تأتى ضد رغبة المريض ويحاول جاهدًا مقاومتها ويشعر بأنها غير صحيحة (رغم قناعته بنشأتها من داخله) بل تافهة أحيانا وهذا هو ما يسمى (الأفكار التسلطية) والخاصية الأخرى هى (السلوك القهرى) الواعى الذى يجد المريض نفسه مجبرًا على القيام به رغم إرادته ورغم أنه يستهلك الكثير من جهده ووقته؛ وذلك لتخفيف القلق الناتج عن (الأفكار التسلطية).

غالبًا ما يتلازم هذان الجزءان فى المريض ونادرًا ما يأتى واحد منهما بشكل منفرد.

هذا المرض يصيب كافة الأعمار لكن غالبًا ما يبدأ فى سن صغيرة نسبيًا ومتوسط عمر الإصابة هو سن الـ ٢٠ ويكون مبكرًا أكثر لدى الذكور. وعمومًا فإن أكثر من ثلثى المرضى المصابين هم تحت سن الـ ٢٥ سنة.



أسباب المرض:

أسباب المرض بشكل عــام غير معروفة على وجه الدقــة ولكن توجد عوامل كثيرة تؤدى إليه وهى كالتالى:

١- عوامل بيولوچية:

أ- اضطراب نسبة النواقل العـصبية فى الفراغـات الموصلة بين خلايا الدماغ وأهمها مادة السيروتونين Serotonin التى أثبتت البحوث أنها المادة الأهم فى هذا المرض فـانخفـاضهـا فى هذه الفـراغات الموصلة يؤدى لـلكثيـر من الاضطرابات كالوسـواس القهرى والاكـتئاب وأمـراض القلق الأخرى. واستـحوذت هذه المادة ونواتجها كمادة الـ HIAA-5 على جل اهتمام الباحثين نتيجة التغيرات الكبيرة التى تحصل فيهما فى سوائل الدماغ وخلاياه.

مادة أخرى مهـمة هى الأدرينالين أو لابينيفرين والتى تشيـر البحوث إلى أن اضطراب نظامها له علاقة بنشوء أعراض الوسواس القهرى.

ب- الصور الإشعـاعية للدماغ (المـقطعية والرنين المغناطيسى) أثبـتت وجود اختلال بوظائف بعض فصوص الدماغ. (الفص الأمامى)، نواة الكودات، ومناطق أخرى. كما أظهرت الفحوصـات المتقدمة والمعقدة كـ PET وجود نشاط مفرط فى عملـيات الأيض وتدفق الدم فى بعض مناطق الدمـاغ، الأشعـة القطعيـة والرنين المغناطيـسى يظهر أيضًا وجـود ضمور فـى بعض الأجزاء الداخلية والعـميـقة فى الدماغ.

جـ- الوراثة: أثبتت كل الدراسات أهمـية العامل الوراثى فى هذا المرض إذ تصل نسبة الإصابة فى أقرباء المريض من الدرجة الأولى إلى ما نسبته ٣٥٪ كما أن دراسة التوائم أثبـتت أن التوائم المماثلة Monozygotic Twins أكثر بكثيـر مما هو الحال فى التوائم غير المماثلة Dizygotic Twins.

د- عوامل بيـولوجية أخـرى: أثبتت دراسـات التخطيط الكهـربائى للدماغ (EEG) ودراسات الهرمونات وجود اختلالات شبـيهة بتلك الموجودة فى الاكتئاب



كتأخر وصول المريض لمرحلة حركة العين السريعة REM أثناء النوم وكذلك قصور تأثر هرمون النمو بعد حقن مادة الكلونيدين.

٢- عوامل سلوكية:

تبعًا لنظرية الاستجابة الشرطيـة فإن بعض العوامل المحايدة فى حياة المريض تصبح مصـاحبة أو مهيجـة للقلق والخوف ولذلك يلجأ المريض لتخفـيف وساوسه (الأفكار المتسلطة أو الجزء الخفى من المرض) إلى القيام بـ (السلوك القهرى أو الجزء الظاهر من المرض) وعندمـا يجد المريض أن قيـامه بالطقـوس يخفف قلقـه، فإنه يدخل فى حلقة مفرغة بين هذه الأشياء: فكرة - قلق - طقوس. وهكذا.

٣- عوامل نفسية اجتماعية:

أ- عـوامل نفـسدينامـيكيـة: سـجمـوند فرويد أخـذ مبـدأ ما يسـمى الآن بالوسواس القهرى وسـماها آنذاك العصاب الوسواسى. ويعتقـد فرويد أنها وسيلة دفاع ضـد المخاوف والقلق كـما يعـتقـد أيضا بنظرية (النكوص) أو الـرجوع إلى المرحلة الشرجية Anal Stage من مراحل النمو الأولى فى تطور شخصية الإنسان.

ب- عوامل الشخـصية: هناك اضطراب يسمى الشـخصية الوسـواسية منذ الطفولة ومراحل المراهقـة الأولى (ونقول فلان وسواسى بطبـعه) وهى تختلف عن مرض الـوسواس القـهرى الذى نتكلم عنه هنا إذ إنهـا أخف وطأة وأقل إزعـاجًا للمريض.

خصائص المرض الإكلينيكية (السريرية):

عادة مـا يتجه المصابون بـالوسواس القهرى إلى أطبـاء آخرين غيـر الطبيب النفسى كأطبـاء الجراحة والباطنية والجلدية وقد يتـأخر طلب الخدمة الطبية الـنفسية المتـخصـصة إلى مـدة قد تصل إلى من ٥ إلـى ١٠ سنوات منذ بداية المرض يظل خلالها المريض يعانى دون طلب المسـاعدة مع شدة الأعراض، مما يؤدى إلى ظهور مضاعـفات أخرى كالاكـتئاب وتناول الخمـور ومحاولات الانتحـار وتغير طبـيعة الشخصية وأشياء أخرى.



الأمراض المصاحبة لمرض الوسواس القهرية:

١- الاكتئاب. . . ٧٥٪ من الحالات

٢- الرهاب. . . ٢٥٪ من الحالات

٣- معاقرة الخمور وإدمان المخدرات

٤- اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

٥- اضطراب الهلع Panic Disorder

نمط الأعراض (أنواع الوساوس):

١- **التلوث Contamination**: وهو الأكثر شيوعا فى صور الوسواس القهرى وفيها تتسلط على المريض فكرة التلوث وعدم النظافة فيستجيب لها بكثرة وتكرار الغسيل وكذلك تجنب مصادر التلوث (حسب اعتقاده) فمثلا تجده لا يمسك سماعة التلفون إلا بالمنديل ويبعد السماعة عن أذنه وفمه. مما يزعج المريض فى هذا النوع هو أن مصادر التلوث هى جزء من حياتنا اليومية كدخول دورة المياه وكذلك الغبار والأتربة والجراثيم. وغالبًا ما يعتقد المريض أن التلوث ينتقل من مكان إلى آخر ومن الأشخاص إلى الآخرين وهكذا وعادة يشعر بالقلق الشديد والقرف. (تلاحظ بعض السيدات حينما تستضيف صديقتها فإنها لا تجلس فى المكان المخصص لجلوس الآخرين، بل تجلس على أطراف الكنب أو المساند، أو تكتفى بالوقوف أو تجلس بوضعية القرفصاء).

٢- **الشك Pathological Doubt**: من ضمن الأعراض أن يقوم المريض بتكرار بعض الأعمال مثلا أن يعود للحمام عدة مرات لغسل يديه ظنا منه أنه لم يقم بغسلها من قبل وهو الثانى من ناحية الشيوع، مثلاً يشك المريض أنه أغلق أنبوبة الغاز فيعود مرات ومرات ليتأكد. عادة ما يرتبط هذا النوع بأفكار الخطر كإغلاق النوافذ قبل النوم وإغلاق أنبوبة الغاز والتأكد من بعد الخطر من أسلاك الكهرباء والتعامل معها بحذر أكثر من المطلوب عادة.



٣- **الأفكار الإقحاميــة أو التسلطية Intrusive Thoughts**: هو الثالث من ناحيــة الشيوع. وغالبــا تكون دون سلوك قهرى أى أنها أفكار فقط دون استــجابة عملية. نوع مزعج جدا لأن صورها غالبًا ما تكون صــورًا أو أفكارًا جنسية أو غير أخلاقية مع الأقارب أو الأطفال أو مع الناس المقدسين كالأنبياء، أو تكون على شكل رغبة عدوانــية لإيذاء الآخــرين. غالبــا يشعــر المريض معــها بالذنب وتأنيب الــضمــير ويصاحــبها الشعــور بالدونية والكآبة وبالذات لو أصابت رجــال الدين أو المتدينين عموما.

٤- **التناظر Symmetry**: الشعور بالحاجة لتناظر الأشياء ودقتها وترتيبها. فتجده يرتب مكتبــه وأوراقه بدقة متناهيــة ولا يشعر بالراحة إلا بوجــود التطابق التام فى أطراف أوراقه. كــذلك يجد صعــوبة فى القيام بــالنشاطات اليومــية كحــلاقة ذقنه بشكل لا بد أن يكون متناظرًا تمامًا حسب ما يراه هو.

مسار المرض ومآله:

المرض بطبــيعتــه مزمن ويتــراوح فى الشدة بين وقت وآخــر فتــجد المريض مرتاحــا لبعض الوقت ثم تعود له الوساوس كــلما تعرض لظرف معــين أو مشكلة عائلية مثلا:

- أكثر من ٥٠٪ من المرضــى تكون بداية المرض مرتبطة بضغوط نفــسية أو مشكلة ما مثل الحمل فى النساء، مشكلة جنسية، مشكلة مادية أو وفاة قريب.
- حوالى ٢٠ إلى ٣٠٪ من المرضى يتحسنون بشكل كبير ومقنع.
- حوالى ٤٠ إلى ٥٠٪ من المرضى يتحسنون بشكل متوسط.
- حوالى ٢٠ إلى ٤٠٪ من المرضى تتدهور حالتهم وتزداد شدة.

بعض المرضى يلجأ للانتــحار والعياذ بالله للخــلاص من الوساوس وبالذات لو تأخر فى العلاج وأصيب بالاكتئاب.

العوامل التى تنبئ عن حالة صعبة ومستعصية:

١- قبول أفكار الوساوس والاستسلام لها والتوقف عن مقاومتها.



٢- بداية الحالة فى مرحلة الطفولة.

٣- سلوك قهرى شاذ أو القيام بطقوس شاذة.

٤- الحاجة للتنويم فى المصحات النفسية (حسب ما يراه الطبيب النفسى).

٥- وجود اكتئاب مصاحب للحالة.

٦- اضطراب الشخصية وبالذات الشخصية الانعزالية وغير الاجتماعية.

٧- معاقرة الخمر وإدمان المخدرات.

٨- كون المريض أعزب.

العوامل التى تنبئ بحالة بسيطة وقابلة للعلاج بسهولة:

١- الروابط الاجتماعية الجيدة.

٢- كون المريض متزوجا.

٣- المساندة من الأسرة وتفهمها لحالة المريض.

٤- وجود عامل مسبب معروف أو مساعد على بداية ظهور الأعراض.

٥- مسار المريض متفاوت الشدة أو متقطع وليس مستمرا.

٦- طلب الخدمة الطبية النفسية مبكرا.

العلاج:

الوسواس القهرى مرض قابل للعلاج وينبغى أن نعرف أهمية طلب مساعدة الطبيب النفسى بأسرع ما يمكن. تتحقق أفضل النتائج باستخدام العقاقير النفسية والعلاج النفسى والأسرى مجتمعين فلا يكفى استخدام الدواء بمفرده.

١- العلاجات الدوائية:

أثبتت بما لا يدع مجالاً للشك فاعليتها فى علاج الوسواس القهرى ويجب على المريض الصبر والتعاون مع الطبيب فى ذلك إذ إن فترة العلاج قد تستمر لمدة



١٢ إلى ١٨ شهـرا ولكن هذا لا يعنى أن المريض يظل يعانى كل هذه الفـترة، بل تبدأ فاعلية الدواء فى الأسبوعين الأولين من الاستعمال المنتظم للدواء.

- مجموعة SSRI وهى الأهم والأقل فى الأعراض الجانبية ولكنها الأغلى: مثل أدوية: بروزاك - فافرين - لوسترال - سيروكسات. . . إلخ.

- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة مثل الأنافرانيل Clomipramine.

- دواء إيفيكسور.

- مثبطات إنزيم MAO.

- أحيانا يتطلب الأمر من الطبيب إضـافة أدوية أخرى لزيادة مفعول الأدوية الآنفة الذكر فى بعض الحالات التى تتأخر استجابتها أو تكون الاستجابة غير كافية مثل مادة الليثيوم، التقريتول، الدباكين.

- فى حـالات نادرة قـد يضطر الطبـيب لتنويم المريض فى بعض الحـالات المستعصية جدا وقد يلجأ لاستخدام الجلسات الكهربائية ECT.

- الجراحـة: وهذا النوع لا يلجأ له فى هـذه الأيام لوجود الكثـير من آثاره السلبية وتطور العلاجات الأخرى فمن النادر جدًا أن يلجأ له الطبيب.

٢- العلاج السلوكى:

له أهميـة كبيـرة ويجب أن يترافق مع العـلاجات الدوائية لـتحقـيق أفضل النتـائج. من أمثلتـه أسلوب التعـريض ومنع الاسـتجـابة بمعنى وضع المريض فى موقف يثيـر وساوسه ومنعه وتشـجيعه على عدم الاسـتجابة لرغبـته. هناك أيضًا أسلوب التعـريض التدريجى وذلك بتقـديم ما يثيـر الوساوس لدى المريض بشكل تدريجى. هناك أيضا أسلوب وقف الأفكار الوسواسية وهناك أخيرًا أسلوب العلاج بالتكريه والتنفير.

٣- العلاج النفسى:

المسـاندة المستـمرة للمـريض والوقوف بجـانبه ومناقـشة أعـراضه وهمـومه ومخاوفه من أهم ركائز العلاج النفـسى. كذلك مساعدته على التأقلم مع الظروف



المحيطة به والتى تثير الوساوس لديه. التشجيع الدائم على المثابرة وعدم الاستسلام والانتظام على الدواء الموصوف له جزء مهم من العلاج النفسى.

وهنا لا ننسى بالطبع دور الأسرة ومساندتها وتفـهمها لحالة المريض؛ ولذلك يجب على الطبيب أن يشرح للأسرة والأشخاص القريبين من المريض طبيعة المرض ومراحل العلاج.

٤- الفوبيا (الرُهاب): The Phobia

مرض نفسى عصابى يتميز بخوف مرضى ليس له مبرر واقعى. وأن قوته لا تتناسب مع الخطر الحقـيقى فقد نجد رجـلاً ضخم الجثة قوى العـضلات يفزع عند رؤية فأر صغير.

أمراض الخوف غير الطبيعى (الفوبيا):

أمراض الخوف غير الطبيعى هى نوع خاص من أمراض نوبات الهلع والذعر الشديد ويعرف مـرض الخوف غير الطبـيعى أو الفوبيا على أنه خـوف كامن مزمن وغيـر مبرر (غـير منطقى) من شىء أو مكان أو سلوك مـعين يؤدى لقـيام المريض بمحاولات واضـحة للهـروب من موقف، لمواجهـة الشىء أو الظرف الذى يعتـبره المريض خطرا على حياته.

وحسب الإحصاءات الرسمية فإن أمراض الخوف غير الطبيعى هى أكثر أنواع أمراض القلق النفسى شيوعا بين النساء الأميركيات ومن مختلف الأعمار بينما يأتى بين الرجال فى المرتبة الثانية.

وتكون أنواع الفوبيا كثيرة وعديدة ولكن أكثرها شيوعًا ما يلى:

١- الخوف من المساحات الخالية أو الخلاء الواسع الفسيح Agorophibia.

٢- الخوف من الأماكن والمناطق المرتفعة Acrophobia.

٣- الخوف من القطط Ailurophobia.

٤- الخوف من مشاهدة الأزهار والورود Anthophobia.

٥- الخوف من الإنسان وبشكل خاص من الرجال Anthrophobia.



٦- الخوف من الماء Aquaphobia.

٧- الخوف من البرق Astraphobia.

٨- الخوف من الجراثيم والبكتيريا (وسوسة النظافة) Bacteriophobia.

٩- الخوف من الرعد Bronophobia.

١٠- الخوف من المناطق المغلقة Claustrophobia.

١١- الخوف من الكلاب Cynophobia.

١٢- الخوف من الشياطين والجن والأرواح الشريرة Demonophobia.

١٣- الخوف من الخيل (الحصان) Equinophobia.

١٤- الخوف من الزواحف (أفاعى، عقارب، صراصير، سحالى، إلخ) Herpetrophobia.

١٥- الخوف من أى شيء يمكن أن يلوث جسم أو ثياب الإنسان أو يلوث (روح) الإنسان Mysophobia.

١٦- الخوف من الأرقام (التشاؤم من الأرقام) Numerophobia.

١٧- الخوف من الظلام بما يلى فى ذلك الغرف المعتمة حتى فى وضح النهار.

١٨- الخوف من الأفاعى بشكل خاص وليس بقية الزواحف Ophidiophopia.

١٩- الخوف من النار Phobiapyro.

٢٠- الخوف من الحيوانات بأنواعها Zoo phobia.

أسباب المرض:

ليس هناك فى الوسط الطبى النفسى تحديد واضح لأسباب المرض، فبعض الأطباء النفسيين يعطى فرضية كون المرض نابعًا من داخل الفرد أى مشاعر خوف داخلية من ممارسات محرمة وممنوعة مثل الجنس، ومشاعر الخوف الداخلية هذه يتم



نقلها وتحويلهـا إلى أشياء خارجة تصبح مصـدر الخطر لمريض، وبالتالى فإن رؤية هذه الأشياء الخـارجية تؤدى إلى إثارة مشاعر الخـوف والذعر الداخلية الكامنة فى الإنسان.

وهناك فرضيات أخرى مثل فرضيـة الصدمة والأذى، وحسب هذه الفرضية فإن تعرض المريض لخبر أو حادثة مؤلمة وقاسية مع مصدر الهلع والخوف يؤدى إلى مشاعـر خوف دفينة يتم خزنهـا فى ذاكرة الفرد ومشاعـره وبالتالى رؤية الشىء أو المكان الذى سبب الأخبار الأليمة والقاسية يثير مشاعر الخوف الدفينة هذه.

سبل العلاج:

حسب رأى خبـراء الصحة النفسـية، فإن معظم أمـراض الخوف والذعر من أشياء وأماكن معينة يمكن علاجهـا من خلال العلاج السلوكى لأنها أمراض نفسية خفيفة.

وإن أكثـر أنواع العلاج السلوكى المسـتخـدمة فى علاج المـرض هى العلاج بالمواجهة الذى يقوم على قـيام المريض وبصحبة الطبيب المعـالج بالتعرض للموقف أو الظروف المؤدية للهلع والذعـر الشديد، وذلك بشكل منتظم بـحيث تؤدى هذه المواجـهة أو بالأحـرى سلسلة المواجـهات هذه إلى زوال تدريجى لمشـاعر الخـوف والهلع المرتبطة برؤية أو التعـرض للأشياء والمواقف التى كانت تسـبب قبل العلاج الذعر والخوف والهلع الشديد للمريض.

بشكل عام سـياسة المواجـهة هذه تتم إما بالـتدريج وتسمى طريقـة العلاج المتدرج أو تتم المواجهة رأسًا وبدون مقدمات مع مصدر الخوف والذعر.

أمراض ما بعد الصدمة النفسية:

الأفراد الذين يتعرضون لمحنة نفسـية قاسية مثل، الزلازل، تحطم الطائرات، حوادث سـيارات، فظائع الحروب وويـلاتها، الاغتـصاب، وغيـرها من الحوادث المؤلمة التى يكون فـيها الموت قاب قـوسين أو أدنى من الشـخص أو سبب له أذى بدنيا ونفسـيا شديدا، ربما يتعرضـون إلى نوبات من تذكر هذه المواقف والأحداث



المؤلمة سـواء أثناء اليقظة أو النوم بحيث يتصـرف المريض خلال هذه النوبـة وكأنه "يعيش حقيقة" نفس الموقف الذى سبب له الأذى النفسى أو البدنى أو كليهما.

فى نفس الوقت، مـثـل هؤلاء الأشـخـاص، وبسـبب هذه الخـبـرة المؤلمة والقاسية، ربما يصابون بنوع من الكبت والخمول فى المشـاعر والأحاسيس الطبيعية بحيث تخـتفى البسمـة والبهجة من حـياة المريض والذى أيضًا يلجـأ للانعزال عن الآخرين والمجـتمع، وبعض المرضى ربما يشعـرون بعقدة الذنـب لكونهم نجوا من الموت بينما الآخرون، عادة الأهل والأحبة، فقدوا حياتهم فى الحادثة.

وإنه إضافة للعقـاقير المهدئة، فإن العلاج الجماعى مع أفـراد آخرين تعرضوا لنفس الظروف والأحـداث المؤلمة هى أكثـر وسائل العـلاج المسـتخدمـة فى علاج المرض.

٥- الكآبة (الاكتئاب) The Depression:

ما هو الاكتئاب؟

الاكتئاب هو مصطلح طبى يشمل نطاقا واسعا من الاضطرابات النفسية. فى أخف حالاته فإن الاكتئاب يتسـبب فى مزاج هابط لا يمنعك من السير فى حياتك الطبيعية، لكنه يصعب عليك القيام بالأمور ويجعلها تبدو أقل قيمة.

فى أعنف حالاته فإن الاكـتئاب قد يهدد الحياة، وقـد يدفع إلى التفكير فى قتل النفس أو التوقف عن الرغبة فى الحياة.

الأعراض:

نوع من الحزن يتـميز بالانقبـاض والشعور بالضيق مـصحوبًا بخمـود الهمة وضعف فى العزيمة فيوجه المريض عدوانه نحو ذاته فتجده، وكأنه يتوقُ إلى عقاب نفسه.

الأسباب:

- الحرمان العاطفى والنفسى فى مرحلة الطفولة.
- عدم الحصول على تقدير الآخرين.



- اضطراب الشخصية.

- الكبت الشديد للمشاعر.

٦- الأمراض الجسدية- النفسية:

عبـارة عن أمراض جـسدية لا يوجـد لها سـبب فسـيولوجى يبـرر حدوث المرض، **وتحدث غالبا لأسباب نفسية. بشكل عام الأمراض الجسدية النفسية تتقسم إلى قسمين هما:**

١- الأمراض المحولة أو المنقولة.

٢- - أمراض فقدان الاتصال بالواقع.

فيما يلى شرح مختصر لكلا النوعين:

الأمراض المحـولة أو المنقولة: تسمى أيضـا بالأمراض النفسـية الهستـيرية، وتكون بسبب المشاكل الصحية التى قد يتعرض لها المريض مثل:

١- فقد أن مفاجئ للنظر.

٢- الإصابة فجأة بفقدان السمع.

٣- التخدر وعدم الإحساس بالجسم وأجزائه.

٤- عدم القدرة على المشى أو صعوبة المشى.

٥- الشلل.

أمـراض فقـدان الاتصـال بالواقع: عبـارة عن خلل يحدث فـى الذاكرة أو الوعى بما حول الشخص من أشياء وأحـداث، أو فى قدرة الشخص على التصرف على ذاته وهويته الشـخصيـة، فعلى سبـيل المثال، قد يقـوم المريض بسلوك شائن خلال نوبة المرض، ولكن بعد زوال النوبة، فإنه لا يتذكر ما فعل.

ازدواج أو تعـدد الشخـصـية هى أيضـا من الأمـراض التى تندرج تحت هذه المجموعة من الأمراض.



وإن كلا النوعـين من الأمراض الجسدية تـنجم عن وجود حاجة مـاسة عند المريض للتكيف على ظرف أو حدث سيسبب ضغطا نفـسيا كبيرا على المريض، أو يسبب ضـغوطا نفسـية مسـتمـرة على المريض وبالتالى يلجأ المـريض إما إلى نقل وتحويل هـذا الألم النفسى إلى مـرض جسـدى مثل الإصابة بـفقدان القـدرة على الإبصار (النظر) أو السمـع نتيجة مشـاهدة حدث أو مأساة مروعـة تحدث لشخص عزيز وبالتالى يتم تحويل الأذى النفـسى إلى أذى عضوى أو جسدى (النوع الأول) أو يقوم المريض بفك الارتباط مع الماضى والحـاضر للتخلص من الضغوط النفـسية الكبيرة التى يعانى منها (النوع الثانى).

٧- العصاب Neurosis:

تعريف العصاب:

العصاب هو اضطراب وظيفى فى الشخـصية بين العادى وبين الذهان، وهو حالة مرضية تجعل حياة الشخص العادى أقل سعادة، ويعتبره البعض صورة مخففة من الذهان.

وأعراض العصاب تمثل رد فعل الشخصية أمام وضع لا تجد له حلا بأسلوب آخر، أى أنه يمـثل المظهر الخـارجى للصراع والتـوتر النفسى و الخلـل الجزئى فى الشخصية.

والعـصـاب ليس له عـلاقـة بالأعـصـاب، وهو لا يتـضـمن أى نوع من الاضطراب التـشريحى أو الفسـيولوجى فى الجـهاز العـصبى، وكل مـا فى الأمر اضطراب وظيفى دينامى انفعـالى نفسى المنشأ يظهر فى الأعراض العـصابية وهناك فرق بين العصاب والمرض العصبى حيث المرض العصبى اضطراب جسمى ينشأ عن تلف عضوى يصيب الجهاز العـصبى مثل الشلل النصفى والصرع، ومن ثم يفضل استخدام مصطلح العصاب النفسى.

تصنيف العصاب:

يصنف الـعـصـاب إلى: القلق، وتوهـم المرض، و الضـعف العـصـبى (النيوراسثـينيا)، والخوف، والهسـتيريا، وعصـاب الوسواس القهرى، والاكـتئاب



التفـاعلى، والتفكك، ويضاف إلى ذلك أنواع أخـرى من العصاب (مثل عـصاب الحرب وعصاب الحادث وعصاب السجن وعصاب القدر).

مدى حدوث العصاب:

الاضطراب العصـابى أكثر الاضطرابات الـنفسيـة حدوثًا، ويلاحظ أن هناك عددا من الناس لديهم اضطرابات عصـابية ويعيشون بهـا طول حياتهم ولا ينكرون أبدا فى استشارة مـعالج نفسى، و يوجد العصاب فى كل الثقـافات وكل الطبقات الاجتماعية، ويحدث العصاب أكثر لدى الإناث من لدى الذكور.

الشخصية العصابية:

العصاب هو أصل الشخصـية العصابية وتتسم الشخصيـة العصابية بعدد من الخصائص أهمها عدم الكفـاية والضعف وعدم تحمل الضغط وبخس الذات والقلق والخوف والتوتر والتهيجية والإعياء والتمركز حول الذات والأنانية وضعف الثقة فى الذات واضطراب العلاقـات الاجتماعيـة والجمود ووجود المشكـلات وعدم الرضا وعدم السعادة والحساسية النفسية (وخاصة فى مواقف النقد و الإحباط).

أسباب العصاب:

الأسبـاب الوراثية نادرة، والعوامل العـصبية والجـسميـة ليس لها دور هنا، وأهم ما فى العصاب أن كل أنماطه نفسية المنشأ، وتلعب البيئة دورًا هاما.

وعلى العموم فمن أهم أسـباب العصاب: مشاكل الحيـاة منذ الطفولة وعبر المراهقة وأثناء الرشد وحتى الشيخوخة، وخـاصة المشاكل والصدمات التى تعمقت جـذورها منذ الطفـولة المبكرة بسـبب اضطـراب العلاقـات بين الـوالدين والطفل والحرمان والخـوف والعدوان وعدم حل هذه المشاكل، (وطبيـعى أن الحل العصابى لهذه المشكلة حل خاطئ وأسلوب توافقى فاشل).

و كذلك يلعب الصراع (بين الدوافع الشعـورية واللاشعورية أو بين الرغبات والحـاجات المتـعارضـة) والإحـباط والكبت والتـوتر الداخلى وضـعف دفاعـات الشخصـية ضد الصراعات المختلفـة دورا هامًا فى تسبب العصاب، وتؤدى البـيئة



المنزلية العصابية والعـدوى النفسية إلى العصاب كذلك فإن الحـساسية الزائدة تجعل الفرد أكثر قابلية للعصاب.

أعراض العصاب:

يشتـمل العصاب عـددا من الأشكال الكلينيكية المخـتلفة التى يجمع بينهـما جمـيعا عناصـر مشتـركة وأعراض عـامة تؤدى إلى عـدم السعادة وعـدم الكفاية واضطراب العلاقات الشخصية وعادة يوجد مكاسب ثانوية مرتبطة بالأعراض.

أهم الأعراض العامة للعصاب:

* القلق الظاهر أو الخفى والخـوف والشعور بعدم الأمن، وزيادة الحسـاسية والتوتـر والتهيـجيـة والمبالغـة فى ردود الفعل السلـوكية، وعـدم النضج الانفعالى والاعتماد على الآخرين ومحاولة جذب انتباه الآخرين والشعور بعدم السعادة والحزن و الاكتئاب.
* اضطراب التفكير والفهم بدرجة بسيطة، وعدم القدرة على الأداء الوظيفى الكامل، ونقص الإنجـاز وعدم القـدرة على استـغلال الطاقـات إلى الحد الأقصى، ومن ثم عدم القدرة على تحقيق أهداف الحياة.
* الجمود والسلوك الـتكرارى وقصور الحيل الدفاعـية والأساليب التوافـقية والسلوك ذو الدافع اللاشعورى.
* التـمـركـز حـول الذات والأنانيـة واضطراب العـلاقـات الشـخـصـيـة والاجتماعية.
* بعض الاضطرابات الجسمية المصاحبة نفسية المنشأ.

علاج العصاب:

يجب أن يهدف عـلاج العصاب إلى شـفاء الفرد من العصـاب أولاً وإعادة تنظيم الشخصية كهدف طويل الأمد.



أهم طرق علاج العصاب:

* **العلاج النفسى هو العلاج الفعال،** ويأتى على رأس القائمة التحليل النفسى، والعلاج النفسى التدعيمى، والعلاج النفسى المركز حول العميل، والعلاج السلوكى، والعلاج الأساسى هو حل مشكلات المريض.
* **العلاج النفسى الجماعى،** والعلاج الاجتماعى وعلاج النقل البيئى.
* **العلاج الطبى بالأدوية** (خاصة المهدئات) وباستخدام الصدمات (الأنسولين والكهرباء) وعلاج الأعراض.

العصاب:

يعتبر العصاب أفضل بكثير من الذهان أو الاضطرابات العضوية المنشأ، ويلاحظ أن كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسى والتحسن والشفاء مع العلاج المناسب (وتصل نسبة التحسن والشفاء إلى ٩٠٪ أو أكثر) وكثير من حالات العصاب تشفى تلقائيًا (حوالى ٤٠ إلى ٦٠٪ من الحالات حين يحدث تغير فى حياة المريض).

القلق:

الذين يعانون من الاكتئاب كثيرا ما يعانون من القلق كذلك. إنك تصبح قلقا عندما تشعر بالخوف، سواء كان القلق حقيقيا أو متخيلا. القلق قد يظهر فى أعراض جسدية مثل الصداع وآلام العضلات والتعرق والدوار. فإن كان شخص ما يعانى من القلق قد يمتلئ عقله بأفكار مزدحمة ومتكررة، مما قد يجعل من الصعب عليه أن يركز أو يسترخى أو ينام. على المدى الطويل فإن القلق قد يورث الإرهاق الجسدى وضعفا عاما فى الصحة.

الاضطراب العاطفى الموسمى:

هذا النوع من الاكتئاب يُعتقد أن مصدره نقص ضوء النهار فى شهور الشتاء، مما يجعل بعض الناس أكثر عرضة للاكتئاب.



اكتئاب ما بعد الولادة:

بعض الأمهات يعانين من الاكتئاب بعد ولادة أولادهن. يعتقد أن مصدر ذلك هو التغير الكبير فى مستويات الهرمون.

الاكتئاب المصاحب للهوس:

هذا يتسبب فى جعل الناس يعانون من نوبات من الاكتئاب والهوس. الهوس هو حالة من التهيج الشديد وعدم التحكم فى السلوك.

ما هى أعراض الاكتئاب؟

الاكتئاب يؤثر فى أناس مختلفين بطرق مختلفة، وقد يتسبب فى طيف واسع من الأعراض التى قد تكون عاطفية أو جسدية.

الذين يعانون من الاكتئاب قد:

* يشعرون بهبوط الروح المعنوية معظم الوقت.
* يشعرون بعدم الرضا عن أنفسهم وقد يفتقدون الثقة بالنفس.
* يكونون منشغلين بأفكار سلبية.
* يشعرون بالعجز والخواء واليأس.
* يلومون أنفسهم ويشعرون بالذنب تجاه الأمور بدون ضرورة.
* يجدون من الصعب عليهم أن يركزوا أو يتخذوا قرارات.
* يكونون سريعى الانفعال بشكل غير اعتيادى أو يفقدون الصبر.
* يستيقظون مبكرا أو يعانون من صعوبات فى النوم.
* يأكلون أكثر من المعتاد فتزداد أوزانهم أو لا يأكلون جيدا فتنقص أوزانهم.
* لا يتمتعون بالأنشطة المبهجة عادة.
* يعانون من نقص فى الرغبة الجنسية.
* يستهلكون التبغ أو الكحول أو المخدرات الأخرى أكثر من المعتاد.



* يفكرون فى أو يرتكبون أفعال إيذاء النفس أو الانتحار.
* يعانون من الضعف فى النشاط والطاقة.
* يبتعدون عن الآخرين بدلاً من أن يطلبوا منهم المساعدة أو الدعم.
* يكون لديهم نظرة يائسة ومتشائمة للمستقبل.

ما الذى يسبب الاكتئاب؟

ليس هناك سبب واحد بعينه للاكتئاب، يختلف الوضع من شخص إلى آخر. فى كثير من الأحيان فإن الاكتئاب **تزداد شدته بأحداث الحياة**، خصوصًا فى المرحلة الأولى من الاكتئاب. ما حدث لك وأنت طفل قد يكون له أثر بالغ فى كيفية إحساسك نحو نفسك الآن.

الأحداث المأساوية مثل الاعتداء الجسدى أو الاغتصاب قد تقدح الاكتئاب، وكذلك وفاة أحد الأقارب أو الأصدقاء. إنه ليس فقط التجربة السيئة هى التى تسبب الاكتئاب ولكن كيف تتعامل معها. التجارب السيئة تكون أكثر مساهمة فى إحداث الاكتئاب إذا كانت أحاسيسك تجاه التجربة مكتومة ولم يعبر عنها ولم تستجلى.

من الممكن كذلك أن يربط الاكتئاب **بأسباب جسدية**. الغذاء الفقير فى محتواه، أو فقدان اللياقة البدنية أو الأمراض مثل الإنفلونزا، قد تتسبب كلها فى الشعور بالاكتئاب. التعاطى المتكرر لبعض المخدارت التى تتعاطى للشعور بالبهجة قد يقود إلى الاكتئاب.

ما هى طرق العلاج المتوافرة؟

إنه لمن المثير للاستغراب أنك عندما تبحث عن مساعدة لعلاج الاكتئاب فإن الأمر يبدو وكأنه عبء إضافى للاختيار بين أنواع العلاج المختلفة فى وقت قد يصعب فيه عليك اتخاذ أى قرار. هناك نطاق واسع من العلاجات المتوافرة. لكن توفر بعض هذه العلاجات قد يكون محدودا تبعا للمكان الذى تعيش فيه. على سبيل المثال العلاج الذى يتم عن طريق الحوار مثل الاستشارة النفسية



(counselling) فإنه متوافر فى لندن والمناطق الجنوبية الشرقية أكثر من المناطق النائية فى شمال إنجلترا.

الذين يعانون من الاكتئاب من المفترض أن بإمكانهم الاختيار بحرية بين خيارات علاج متعددة أو مزيج من العلاجات. فى الواقع، فإن أكثر الناس الذين يذهبون إلى عيادات الأطباء العموميين يعرض عليهم العقارات المضادة للاكتئاب كخيار أول. لكثير من الناس فإن مزيجًا من العلاج الذى يتم عن طريق الحوار والعلاج عن طريق مضادات الاكتئاب هو الطريقة الأكثر فعالية للتعامل مع الاكتئاب.

الاستشارة النفسية:

الاستشارة النفسية تتضمن الحوار مع شخص ما مدرب على فن الاستماع. هذا يسمح لك بالتعبير عن مشاعرك من أجل أن تبدأ فى إيجاد حلولك الخاصة لمشاكلك. الحديث والاستماع من قبل شخص ما يظهر التفهم والقبول قد يعينك على اكتشاف الأمور التى تزعجك. المستشار النفسى قد يكون بإمكانه مساعدتك على الوصول إلى فهم أعمق لمشاعرك وأفكارك وسلوكك.

العيادة العامة التى تتبع لها قد يكون لديها خدمة استشارة نفسية (counselling) تتبع لها أو قد يكون بإمكانها أن تحيلك إلى خدمة استشارة نفسية (counselling) أخرى تتبع الخدمة الصحية الوطنية (NHS). كذلك يمكن الحصول على الاستشارة من عدة منظمات خاصة وتطوعية.

العلاج النفسى عن طريق الحوار:

العلاج النفسى عن طريق الحوار هو علاج عن طريق الحوار يساعدك على إيجاد طرق للتغلب على المشاكل التى تعانى منها. إنه يهدف إلى توفير الفرصة لك للعمل على الحياة بطريقة أكثر إشباعا وإنتاجًا. طريقة العلاج النفسى عن طريق الحوار تتبع طريقة أعمق من الاستشارة النفسية (counselling): قد تشجع على النظر بإمعان إلى ماضيك، خصوصا طفولتك وعلاقاتك مع الأشخاص الذين



كان لهم تأثير بارز فـى حياتك. بعض العلاج القصـير الأمد بهذه الطريقة مـتوافر لدى الخدمة الصحية الوطنية (NHS)، لكن أكثر عيادات العلاج النفسى عن طريق الحوار تعمل فى عيادات خاصة.

علاج السلوك العقلى:

عـلاج السلوك العـقلى هو عـلاج عن طريق الحوار يسـاعـدك على إدراك المشاكل والتغلب على الصعوبات العاطـفية. المُعالج يُمكنك من إيجاد صلات بين أفكارك وكيف تـؤثر أفكارك فيك وفى سلوكك. عـلاج السلوك العقلى يسـاعدك على تطوير مـهارات عمـلية تمكنك من اسـتكشاف مـاذا يكمن فى جذر شـعورك وسلوكك. علاج السلوك العقلى يمارسه عادة أطبـاء نفسانيون؛ لذا فإن تحويلا من طبيبك العام أمر ضرورى عادة.

مجموعات مساعدة النفس (self-help groups):

مجـموعات مسـاعدة النفس (self-help groups) تعمل على مـبدأ أنه قد يكون من المفيد أن تلتقى مع آخرين ممن يعانون من الاكتئاب. قد يساعد هذا على إزالة مشاعر الانعزال وفى نفس الوقت تريك كيف تمكن الآخرون من التغلب على مصاعـبهم. أن تجد أن بإمكانك أن تسـاعد الآخرين قد يساعـدك أنت أيضًا. هذه المجموعات عادة ما يقودها أناس قد تغلبوا على الاكتئاب هم أنفسهم.

العقاقير:

مضادات الاكتئاب هى أكثـر طرق العلاج الطبى انتشارا. إنها تؤثر فى مواد كيمـيائية فى الدماغ بحـيث يتحسن مزاجك. إنهـا لا تعالج الاكتئـاب، لكنها بلا شك تخـفف من الأعراض لتـتمكن من القـيام بشىء مـا للتعـامل مع الاكتـئاب بنفسك. مضادات الاكـتئاب لا تنجح مع كل شخص وتسبب أعراض جانبـية غير مرغـوبة. عادة مـا يستغـرق الأمر بين أسـبوعـين إلى أربعة قبـل أن يأخذ الدواء مفعـوله. بعض مضادات الاكـتئاب قد تكون خطيـرة عند استعمـالها مع عقـاقير أخرى، وقد تعانى من آثار انسحاب العقار عندما تتوقف عن تعاطيها.



الإيواء فى المستشفى:

إذا كنت مكتئبا بحدة فقد تحتاج إلى المأوى والحماية التى يوفرها لك قسم الأمراض العقلية بالمستشفى. قد يعطى هذا الفرصة لطبيبك العقلى أن يراقب أثر أنواع العلاج المختلفة عليك.

المستشفى تستطيع أن توفر لك بيئة آمنة وداعمة إذا كنت فى حالة من الاضطراب العقلى، وقد يكون مما يريحك أن يكون هناك أناس آخرون حولك وأن تعلم أن هناك من يهتم بك. لكن قد يكون أمرا مزعجًا أن تكون فى جناح من أجنحة المستشفى حيث يوجد القليل من الخصوصية وحيث عليك أن تطاوع لوائح وتنظيمات قد لا تناسبك، وحيث قد تنزعج من سلوك المرضى الآخرين. عمومًا الأطباء يريدون أن يبقى المرضى خارج المستشفى لكن بعض المرضى قد تفرض عليهم الإقامة الجبرية إذا ظُن أن ذلك ضرورى للحفاظ على صحتهم أو سلامتهم أو للحصول على الحماية من الآخرين.

عناية المجتمع Community Care:

إذا كان لديك اكتئاب حاد دائم وتحتاج إلى دعم لتعيش بشكل مستقل فى المجتمع فإن هناك عددا من الخدمات قد يكون متاحا لك. "برنامج تقديم العناية" (The Approach Care Program) يهدف إلى ضمان أنك تحصل على المساعدة والخدمات المناسبة لك التى تقدمها الخدمات الاجتماعية والسلطات الصحية. قد يعين لك موظف عناية الذى سيقوم بمحاولة ترتيب الخدمات المقدمة لدعمك.

فرق المجتمع للصحة العقلية (Community Mental Health Teams (CMHTs) وممرضات المجتمع للصحة العقلية (Community psychiatric nurse) قد يوفرون الدعم للأشخاص الذين يعيشون فى منازلهم الخاصة.

العلاج بالصدمة الكهربائية:

هذا العلاج يعطى عادة فقط للمصابين باكتئاب حاد ولم يستجيبوا للعلاج بالعقاقير. يعطى للمريض مخدر عام ثم يمرر تيار كهربائى عبر دماغه محدثًا صدمة تشابه الصرع. إنه علاج مثير للجدل وقد تكون له آثار جانبية حادة مثل فقدان الذاكرة.



كيفية مساعدة مريض الاكتئاب لنفسه:

الاكتئاب له صفة واحدة رئيسية وهى أنك يجب أن تكون على حذر عندما تفكر فيما يمكن عمله لهزيمته؛ فالاكتئاب بإمكانه أن يغذى نفسه بكلمات أخرى، قد تصاب بالاكتئاب ثم تكتئب أكثر لكونك مصابًا بالاكتئاب. الأفكار السلبية تصبح أمرًا يحدث من تلقاء نفسه ومن العسير عليك أن تقاومها. كونك فى حالة من الاكتئاب قد يكون عندها فى حد ذاته مشكلة أكبر من الصعوبات التى تسببت فى حدوثه فى البداية. من المهم جدا أن تتذكر أنه ليس هناك فى الحياة حلول فورية للمشاكل. حل المشاكل يستغرق وقتا وطاقة وجهدا. عندما تشعر بالاكتئاب فإنك قد لا تشعر بالنشاط أو الرغبة فى العمل، لكنك إذا كان بإمكانك أن تأخذ دورا فعالا فى علاجك على سبيل المثال عن طريق المشاركة فى العلاج بالحوار فقد يساعدك هذا على التغلب على موقفك. إنه من الضرورى أن تحاول أن تتخلص من سيطرة الاكتئاب عليك. تحتاج إلى أن تكسر طوق الأفكار السلبية. حاول أن تتنبه إلى تلك الأفكار عندما تفكر فيها واستبدلها بنشاط أكثر فائدة. ابحث عن أشياء تفعلها لتشغل دماغك. مع أنه قد لا تحب هذا فإن تشجيع نفسك على الانخراط فى أنشطة جسدية أمر له دور كبير فى العلاج. ممارسة الرياضة والجرى وركوب الدراجة وحتى المشى السريع قد يطلق مواد كيميائية فى الدماغ يطلق عليها الإندورفينات، مما يساعدك على الشعور شعورًا أفضل. أنت تحتاج إلى القيام بالأمور التى ستحسن الطريقة التى تشعر بها نحو نفسك. حاول أن تعامل نفسك معاملة حسنة. أنت تحتاج أن تعتنى بنفسك جسديا: تغذى جيدًا وتمرن ولا تؤذ جسدك بالتبغ أو الكحول أو غيره من المخدرات. أولِ عناية لمظهرك الخارجى، وامنح نفسك بعض العطايا المبهجة.

العلاجات البديلة والتكميلية

(Alternative and complementary therapies)

هناك عدد كبير متوافر من العلاجات البديلة والتكميلية (Alternative and complementary therapies) التى قد يكون لها بعض الفائدة فى علاج الاكتئاب.



مضادات الاكتئاب العشبية مثل عشبة القديس جون وورت قد تساعد على تحسين مزاجك وقد صارت واسعة الانتشار. لكن عليك أن تتنبه أنك إذا كنت تستعمل عقاقير أخرى فقد لا يكون من الآمن أن تستعمل عشبة القديس جون وورت. اتصل بخدمة الصحة الوطنية الهاتفية المباشرة (Direct NHS) للمزيد من المعلومات. علاجات أخرى مثل الإبر الصينية والمعالجة المثلية [العلاج بجرعات صغيرة لو أعطيت لشخص سليم بجرعات عادية لأحدثت نفس أعراض المرض المعالَج]. الكثير من العلاجات التكميلية (complementary therapies) لا تنظر إلى العقل والبدن كشيئين منفصلين. إنها تنظر إليك كوحدة واحدة ولا تعتنى بإزالة أعراض المرض فحسب.

دور الأصدقاء والأقارب فى مساعدة مريض الاكتئاب:

المصابون بالاكتئاب كثير ما ينسحبون من الأصدقاء والأقارب المحيطين بهم، بدلا من أن يطلبوا منهم المساعدة أو الدعم. لكن هذا هو الوقت الذى يحتاجون فيه إلى دعمك ومساعدتك أعظم ما يكون. ربما أن أهم أمر بوسع العائلة والأصدقاء أن يفعلوه هو تشجيع الشخص المكتئب على البحث عن العلاج المناسب. الطبيعة الأساسية للاكتئاب وأحاسيس اليأس، والإحباط والشعور بعدم القيمة، يمكن أن تمنع الشخص المكتئب من البحث عن مساعدة. دعم صديق أو قريب مكتئب قد يكون فرصة لبناء علاقة أوثق وأكثر إشباعًا. لكن الأمر قد يكون شاقا. قد يكون أمرا مثيرا للانزعاج بعض الأحيان، وما لم تعتن بنفسك فقد يتسبب هذا فى شعورك أنت نفسك بالاكتئاب. أكثر ما يحتاج إليه المصابون بالاكتئاب هو شخص يقوم برعايتهم. بإمكانك أن تظهر اهتمامك عن طريق الإصغاء على نحو متعاطف، أو بإظهار مشاعر المحبة والود، أو ببساطة قضاء وقت معهم. بإمكانك أن تقدم المساعدة عن طريق تشجيعهم على الكلام عن كيفية إحساسهم ومساعدتهم على الوصول إلى الخطوات التى عليهم اتخاذها أو ما الذى يحتاجون إلى تغييره للتعامل مع الاكتئاب



إذا كان الشخص الذى تعتنى به مصابا باكتئاب حاد فقد تواجه بعض القرارات الصعبة حول مقدار ما تقوم به بالنيابة عنهم. مثلا، إذا كانوا لا يعتنون بحاجاتهم المادية فهل ستتولى ذلك وتقوم بالتسوق والطباخة والتنظيف لهم إذا كنت قادرا على ذلك؟ أو أنك ستقوم بتشجيعهم على عمل ذلك بأنفسهم؟ ليس هناك أجوبة سهلة لهذا الموقف. سيكون من المفيد أن تجد شخصًا ما تتناقش معه حول هذه القضايا وقضايا أخرى.

عندما تساعد صديقا أو قريبا فعليك أن لا تلومهم على كونهم مكتئبين أو تخبرهم أن عليهم "أن يتماسكوا". ربما أنهم يلومون أنفسهم مسبقًا، وانتقادهم هو أمر مرشح لأن يزيد فى اكتئابهم.

المديح هو أمر أكثر فعالية من الانتقاد. بإمكانك أن تذكرهم بأنه من الممكن أن يقوموا بأشياء لتحسين موقفهم، لكن عليك أن تقوم بهذا بعناية ولطف ليكون له أثره. من المهم أن تنتبه لحاجاتك الشخصية. إذا كنت تستطيع فحاول أن تشرك فى مسئولية الاعتناء بصديقك أو قريبك أقصى عدد ممكن من الأشخاص. حاول أن تجد أشخاصا يمكنك أن تعبر لهم عن مشاعر انزعاجك. قد يكون هناك فى منطقتك مجموعة لتقديم الدعم لمن هم فى مثل موقفك.

اكتئاب الأطفال مرض عضوى أم نفسى؟

اكتشف العلماء مؤشرًا بيولوجيًا فى جسم الإنسان يمكنه أن يكشف بوادر مرض الاكتئاب عند الأطفال المعرضين لداء الكآبة قبل وقوعها، واختبر باحثون فى كلية الطب فى جامعة بيتسبورج الأمريكية فى دراسة، بدأت عام أربعة وتسعين، عددا من الأطفال المعرضين للإصابة بالمرض بسبب إصابة أحد أفراد عائلاتهم به.

وتشير الدراسة التى نشرتها مجلة علمية تعنى بالأمراض العصبية إلى أن هؤلاء الأطفال يفرزون كمية من هرمون النمو أقل من أقرانهم عند إعطائهم هرمون آخر يوعز بإطلاق هرمون النمو، ولا يعرف الباحثون إن كان سبب رد الفعل هو نوعية الجينات التى يحملها الشخص أو إذا كانت العائلات تعانى من ضعف وراثى ما.



وقال الباحثون أن الاكتشاف يضيف معلومات جديدة لفهمنا لمرض الاكتئاب عند الأطفال والمراهـقين. وأضاف أن الفـريق سيجـرى المزيد من الأبحاث لمعـرفة قصور عمل الهـرمون المذكور وتأثيره على مرض الاكتئـاب عند الأطفال المنحدرين من عائلات تعانى منه، وأعطى ١٩٩ طفلا تتراوح أعـمارهم بين الثامنة والسادسة عشرة خلال التجـربة الهرمون الخاص المحفز لهرمون النمـو، واستنتج الباحثون أن أربعـة وستيـن طفلا مـعرضون لـلإصابة بالمرض بسـبب اضطرابات فى المزاج فى عائلاتهم.

الاكتئاب يصيب الأطفال:

يعتقـد الكثير أن الأطفـال لا يمكن أن يعانوا من الكآبة كونهم يعـيشون فى عالم البـراءة وعدم الشعور بالمسـئولية والاتكالية على الوالدين، وذلك حـتى قبل ثلاثين سنة مضت.

أثبت الطب النفسى الحديث أن الأطفال يمكن أن يعبروا عن الاكتئاب بشكل غير مباشـر من خلال السلوك والتصرفات والعواطف والأعراض الجـسدية المختلفة وقد تكون المعـاناة بالطريقة نفسـها كمـا عند الكبار ولكن الأعراض تكون خـاصة بالعمر الذى يمـر به الطفل. ومن الممكن أن تبدأ المعاناة حتى بعد الولادة مـباشرة حيث رفض الرضـاعة وتأخـر النمو والبكاء الكثيـر والتوتر عند الابتـعاد عن الأم واضطراب النوم.

كـما أن المعـاناة قـد تتطور مع تقـدم العـمر حـيث يصـبح الطفل منعـزلاً اجتـماعـيًا، وهناك اضطراب فى السلوك والعـدوانية ورفض الذهاب إلـى المدرسة واضطراب العادات اليومية كالذهاب إلى الحمام والتبول اللاإرادى.

إن نسبـة الاكتـئاب عند الأطفـال تكون ٢٪ بين عمر ٣ - ٥ سـنوات قبل الدخول إلـى المدرسة، ٣٪ - ٥٪ بعد سـن ١٢ سنة وقد وجـد المعلمون أن نسـبة الإصابة بالكآبة فى بعض الدراسات تصل ١٠٪ - ١٥٪ بين الطلاب.



من هو الطفل الكئيب؟

إن الطفل الكئيب هو الذى يعانى من أعراض الكآبة لفترة أكثر من أسبوعين متواصلة ويعانى خمسة من تسعة من الأعراض التالية:

١- مزاج كئيب ومضطرب طوال اليوم.

٢- قلة الرغبة والمتعة فى كل النشاطات التى كان يمارسها سابقًا.

٣- فقدان فى الوزن بشكل واضح.

٤- ازدياد حركة الطفل أكثر من المعتاد وعدم استقراره أو قلة النشاط.

٥- الخمول والكسل.

٦- قلة الاهتمام وازدياد الشعور بالذنب.

٧- اضطراب النوم.. قلة أو كثرة النوم.

٨- قلة النشاط الذهنى والتركيز وانخفاض المستوى الدراسى للطفل.

٩- التفكير المتكرر حول الموت وأحيانًا الانتحار.

وهناك أعراض جسدية يعانى منها الطفل عند الاكتئاب مثل الصداع وألم المعدة والأمعاء والتقيؤ... إلخ.

اضطراب المزاج المزمن:

عبارة عن حالة اكتئاب بسيط وغير واضح الأعراض ويستمر لفترة أكثر من سنة وفيه يكون تشخيص الاكتئاب صعبًا وغير سهل حيث يعتقد الأهل أن هذا جزء من سلوكهم وشخصيتهم، وفى هذه الحالة يكون الطفل مضطربًا، صعب الإقناع وغير سعيد بالألعاب التى حوله، مع اضطراب فى النوم والشهية للطعام.

إن تشخيص هذه الحالة يعتمد على وجود اثنين من الأعراض التالية لمدة تزيد على السنة:

١- قلة الشهية للطعام أو كثرة الأكل.

٢- اضطراب.. قلة النوم أو زيادته.



٣- وهن عصبى وقلة الحيوية.

٤- قلة الثقة بالنفس.

٥- اضطراب التركيز والتردد.

٦- فقدان الأمل والرغبة فى العمل والحياة.

أهم الأسباب:

١- الأمراض العامة (الباطنية): كالإصابة بالسكرى والربو المزمن والصرع وضرر الدماغ والفشل الكلوى.

٢- الأمراض النفسية، عصبية، التوحد، اضطراب التعلم، ضرر الدماغ المركزى.

٣- التاريخ المرضى العائلى للإصابة بالأمراض النفسية والعقلية.

٤- العوامل الاجتماعية، كالمشكلات الأسرية، الإهمال، الطلاق، فقدان أحد الأبوين، التنقل المستمر بين المدارس، مشاهدة التلفزيون لفترة تزيد على ٦ ساعات يوميًا وسوء استخدام الأدوية والتدخين بالنسبة للمراهقين.

ما هو مصير الاكتئاب عند الأطفال؟

إن معظم الأطفال يشفون من الاكتئاب من دون علاج ولوحظ أن ٩٠٪ منهم يشفون خلال سنة ولكن نسبة عودة المرض مرة أخرى تكون ٣٥٪ لذا يفضل إخضاعهم للعلاج النفسى تحت إشراف الطبيب المختص.

ما هو علاج الاكتئاب عند الأطفال؟

هناك طريقتان لعلاج الاكتئاب عند الأطفال وهى:

١- العلاج السلوكى المعرفى: يكون العلاج المعرفى السلوكى على مراحل حيث نبدأ بدراسة الحالة النفسية والأسرية والدراسية للطفل ومحاولة الوصول إلى أسباب المرض بشكل دقيق ومعرفة طريقة تفكيره ومن ثم نحاول التأثير على تفكيره وتغيير بعض المفاهيم والأفكار التى يعانى منها من خلال جلسات العلاج النفسى



بما يقارب ١٠ - ١٥ جلسة علاج، نحاول خلالها سحب المريض من عالمه المؤلم المظلم الذى يعيشه وإشراكه فى نشاط اجتماعى مع أصدقائه وممارسة الرياضة والسباحة وزيارة النوادى الاجتماعية الرياضية وركوب الدراجات والذهاب إلى دور السينما وزيارة معارض الكتاب أو النشاطات الاجتماعية المختلفة.

إن جلسات العلاج النفسى تساعد على زيادة الثقة بالنفس ونبذ الأفكار السيئة المتشائمة مثل أنا سمين، أنا فاشل، أنا غير جميل، ومن ثم نحاول تطبيق هذا التغيير فى حياتهم الاجتماعية والدراسية وزرع الثقة بالنفس.

العقاقير الطبية قد يلجأ لها الطبيب النفسى فى بعض الأحيان ويكون تأثيرها أكثر فعالية عندما تكون مصاحبة لجلسات العلاج النفسى المعرفى السلوكى حيث وجد من دراسة حالة ٤٠٠ طفل من المصابين بالاكتئاب المتوسط والشديد بأن:

٧١٪ استجابوا إلى العلاج النفسى + العقاقير.

٦١٪ استجابوا إلى العلاج بالأدوية فقط.

٤٣٪ استجابوا إلى العلاج النفسى فقط.

٣٥٪ تحسنوا بالعلاج الكاذب placebo.

ولغرض السيطرة على حالة الاكتئاب وكشف المرض لدى الأطفال يجب أن تكون هناك جهود مكثفة وتعاون بين الأسرة والمدرسة والجهات الصحية لتقليل نسبة إصابة الأطفال بهذا المرض، والذى يؤدى فى الحالات الشديدة منه إلى الانتحار لدى المراهقين.

تكثر عند الأطفال فى فترة الطفولة اضطرابات فى النوم قد تكون عابرة أو متقطعة أو مزمنة فى طبيعتها. ويقال إن معدل حدوثها (١٠٪ - ٢٠٪).

هناك ميل لدى قسم من الأطفال لخوض المشاجرات عند فترة النوم. ويستعمل العديد منهم أثناء محاولة النوم دمية خاصة أو نورًا ليليًا. قد نجد لدى الرضع الذين يجدون فى العادة صعوبة فى ترسيخ طرز نوم ليلية منتظمة، صعوبة فى النوم ناجمة عن وجود قلق لدى الوالدين أو نزاع بينهما.



وقد يعـانى الأطفال الأكـبر سنًا من مخـاوف ليلية عـابرة (من اللصوص، أصوات الضـجيج، برق ورعـد والاختطاف. .) ذات أثر عـلى النوم، وقد يعـبر الأطفال عن تلك المخاوف بصورة علنية أو عبـر تكتيكات هدفها فى الغالب تأجيل موعد النوم، وقد يطلب الطفل الخائف النوم فى غرفة الوالدين. أو يأتى إليها بعد نومهما.

يعتبر عـدم القدرة على النوم أو الفشل فى المحافظة عليه أمـرًا قليل الشيوع فى الطفولة بينما ينتـشر حصوله لدى المراهقين. غالبًا مـا يشارك قلق الفصل هذه المشكلة وقد يعتـبر الأطفال بصورة لا واعيـة ورمزية النوم: بأنه ذلك الوقت الذى يحرمـون فيه من حب واهتـمام الوالدين، ولا شك أن ذلك القلق سـيجد سـبيله للتفاقم عند وجود صراع فى الأسرة أو حدوث الطلاق أو انفصال الزوجين.

ترتبط مخاوف وقت النوم غالبًا مع حالات الفصل الطبـيعية كالتحاق الطفل بمركز الحـضانة أو روضة الأطفـال، وعندما يترعرع الأطـفال ويغدون أكثـر إدراكًا للموت، قد يتلكأون فى الذهاب إلى الفراش خشية تعرضهم له، ويكون هذا الأمر مبالغًـا فيه عند وجود وفـاة حديثة لأحد أفـراد الأسرة وقد يتم التعبـير عن القلق الناجم عن أى من مـجـالات حيـاة الطفل (الأسـرة، الأقـران، مـستـوى الأداء المدرسى. .) على شكل اضطراب فى النوم، كما قد يسبـب الاكتئاب مشاكل ذات صلة بالنوم.

النوم الانتيابى:

وهو اضطراب ينجم عنه عدة نوب من النوم خلال النهار، والجمود والشلل النومى مع إهلاسات نُعاسية، ولوحظ أن هناك تأهبا جينيا، وسجلت حالات قبيل البلوغ رغم بدئه عادة فى سن المراهـقة، ولا بد من دراسات مخـبرية للنوم لوضع هذا التشخـيص بصورة قطعية. يقـترح اللجوء إلى المعاجلة المحافـظة للحالة عادة حيث تستخدم المنبهات لوسنات النوم النهارية ومضادات الاكتئاب للجُمدة.

يسجل نـحو (٧٪ - ١٥٪) من الأطفال مـشاكل تتـعلق بالكوابيس ويكون حدوث أحلام القلق خلال مرحلة الرِيْم مرحلة النوم ذات الحركة السريعة للعين إذ يستيقـظ الطفل ويغدو صاحيًا خلال وقت قـصير، متذكرًا عادة مـحتويات الحلم. تحدث الكوابيس بصورة أكثر شيوعًا لدى الإناث منها لدى الصبيان وتبدأ بالحدوث



عادة قبل سن العاشرة، وهى شائعة خاصة عند أطفال لديهم قلق أو اضطرابات وجدانية.

الذعر الليلى:

تظهر حالات الذعر أو الفزع الليلى عادة فى سنوات ما قبل المدرسة، ويحدث الفعل الموقظ خلال المرحلة الرابعة للنوم وعادة عند بدء دورة النوم، ويكون الطفل فيها واضح التخليط وتَيْهانًا، مبديًا علامات دالة على فعالية ذاتية شديدة (تنفسا مجهدا، حدقتين متسعتين، تعرقا، تسرع القلب، وزلة).

وقد يشكو من تظاهرات بصرية غريبة الأطوار ويبدو عليه الخوف واضحًا، وقد تحدث حالة السير النومى (المشى أثناء النوم) التى يكون الطفل خلالها عُرضة للأذية نظرًا لانقضاء عدة دقائق عليه ليبدى اهتداء واضحًا، وعادة ما ينسى الطفل محتوى الحلم الذى سبب له الفزع.

تميل حالات الفزع الليلى للتراجع من تلقاء نفسها وقد يكون لها صلة بصراع نوعى ذى صفة تطورية أو بحادث مرضى، ويقال أن نسبة حدوثه لدى الأطفال (٢٪ - ٥٪) ويعتبر أكثر شيوعًا لدى الصبيان منه لدى البنات، كما لوحظ وجود طراز عائلى لتطور حالات الفزع الليلى، وقد يكون للمرض المترافق مع ارتفاع درجة الحرارة دور فى حدوث نوب الذعر الليلى.

الكوابيس الليلية:

تحدث فى أعمار مختلفة ويمكن تفريقها بسهولة عن نوب الذعر الليلى. فهنا يشاهد الطفل حلما مزعجا يتلو ذلك حالة صحو تام ويستطيع الطفل تذكر الحلم ويحدث ذلك فى النصف الأخير من الليل ويبدو الطفل خائفًا بعد الصحو ويستجيب بشكل جيد للوالدين ومحاولات إزالة الخوف، وقد يجد الطفل صعوبة فى العودة إلى النوم وتزول أكثر حالات الكوابيس الليلية مع تقدم الطفل بالعمر.

المشى أثناء النوم:

يحدث المشى أثناء النوم أثناء المرحلة ٣ أو ٤ من السن وذلك فى (١٠٪ - ١٥٪) من الأطفال بسن المدرسة، وتختفى تلك الحالات العارضة مع بدء المراهقة



بصورة طبيعـية، ويغلب لها أن تترافق مع بول الفراش الليلى وقصة عـائلية للسير النومى.

وفيما يخص الحالات النفسية المرضية يعتبر السير النومى لدى الأطفال سليم المسار مـقارنة مع مثيلـه لدى البالغين، لكن لا بد من نفى صـرع الفص الصدغى عند حدوثه، والمـعالجة عـادة داعمة، كـالتأكـيد على سلامـة الطفل وأن الوالدين متفهمان للحالة على أنها مسألة وقت ليس إلا.

المعالجة:

يعـتبـر دعم الوالدين، والتطمـين والتشـجيع أمـورًا بالغـة الحيـوية لتدبيـر اضطرابات النوم ومن الواجب، تجنب ثـورات الغضب والإجـراءات ذات الصيـغة العقابية.

وعلى الوالدين تبنى مواقف صارمة مفعمة بالهدوء والتفهم مع السعى لجعل وقت النوم منتظمًـا وبوقت مُعـلن مع الإقلال مـا أمكن من التغـييـرات فى وقت النوم، وعدم تشـجيع الطفل على النوم فى غـرفتهـما مع السمـاح للطفل المصاب بالذعر بالنوم فى غرفة أحـد أشقائه بصورة مؤقتة، ومن الأمور المطمـئنة استخدام نور ليلى والسماح بترك باب الغرفة مفتوحًا.

ينبـغى أن تكون الفتـرة السابقـة للنوم مـريحة وهادئة وخـالية من البـرامج التلفازية المنبهة، وتعتبر الوجبات الخفيفة والحمام الساخن واللحظات العابقة بالحنان من الوالدين، سُبلاً نحو نوم هانئ، ويميل بعض الأطفـال للشعور بالنعاس إذا ما سمح لهم بقراءة كتاب محبب لديهم لدقائق قليلة بعد الاستقرار فى السرير.

ومن الأمـور المهـمـة تجنيب الطفل المصـاب بنوب الذعـر الليلى مـشـاهدة المشاجرات أو الحوادث العنيفـة أو البرامج التليفزيونية المخيفة أو الحـيوانات المخيفة قبل النوم وخلال النهار وأما خلال نـوبة الذعر الليلى فيجب على الوالدين التحلى بالصـبر ومـحاولة تهـدئة الطفل مع الانتـباه إلى أنه قـد لا يدرك ما يقـوم به من تصرفـات خلال هذه النوبة. أكثر الأطـفال المصابين بالكوابيس الليليـة يستجيـبون لمحاولات التهدئة بعد أن يصحو من النوم بعكس نوب الذعر الليلى.



ويجب تفهم القلق الكامن خلف الكوابيس المستمرة وتقديم الدعم اللازم للطفل سعيًا وراء تدبيرها، كما تعالج حالات الفزع الليلى بالطريقة نفسها.

تم استخدام مركبات Benzodiazepin ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة بسبب كبتها للمراحل ٣ أو ٤ للنوم دون وجود دراسات تثبت فائدتها بشكل ناجح فى حالات الفزع الليلى. ولا بد من التأكيد على أهمية دراسات مخبرية للنوم والفحص السريرى فى تقييم اضطرابات النوم.

النوم عند المراهقين:

تشير دراسات النوم خلال المراهقة، إلى وجود زيادة فى النوم النهارى ونقص فى فترة الكمون السابقة للنوم بين مرحلتى النضج SMRs الثالثة والرابعة. كما توجد دفقة إفرازية من موجهات القند وهرمون النمو فى نهاية كل دورة كاملة للنوم فى المرحلة المبكرة من البلوغ، وذلك الأمر غير ملاحظ فى أية مرحلة أخرى من الحياة.

وذلك الطراز الطبيعى من ازدياد إفرازية موجهات القند خلال النوم عرضة للخلل فى القهم العصابى والحالات الأخرى التى ترافقها خسارة ذات شأن فى الوزن، وتم التأكد منذ فترة طويلة على ترافق اضطرابات النوم سريريًا مع الاكتئاب، حيث يكون لدى هؤلاء المرضى تقاصر فترة كمون مرحلة حركة العينين السريعة (REM). غالبًا ما يصبح السبخ (النوم الانتيابى) عرضيًا للمرة الأولى خلال المراهقة، وتتضمن هذه المتلازمة:

أولاً: هجمات من النوم الريمى خلال فترة اليقظة مع نوم مفرط خلال النهار.

ثانيًا: أهلاس نعاسية، وأهلاس بصرية مرعبة ومتكررة.

ثالثًا: الجمدة وهو التشيط المفاجئ لتوتر مجموعة عضلية، ويعتمد التأثير الحاصل على المجموعة العضلية المصابة.

رابعًا: الشلل النومى: وهو شلل عضلات إرادية عندما يقع الشخص أسير النوم.



وقد تصبح متلازمة انقطاع النفس - فرط النوم - عرضية للمرة الأولى خلال المراهقة وتتألف من زيادة النوم النهارى بعد هجمات متعددة من استيقاظ ليلى قصير الأمد إثر كل واحدة من نوبات انقطاع النفس التى تنجم عن انسداد السبيل الهوائى.

صعوبة النوم:

يصيب الأرق ١٠٪ من المراهقين وقد يكون السبب الاكتئاب أو متلازمة طور النوم المتأخر التى تتجلى الصعوبة فيها فى الغرق بالنوم أكثر مما تتركز فى اليقظة حالما يكون النوم قد بدأ، استنادًا إلى Andes يكون المراهقون معرضين بصورة خاصة لهذه المتلازمة بسبب التغير الذى يعترى المطالب الاجتماعية والتى تؤدى لتأخر أوقات الذهاب إلى الفراش، والتآثر مع طرز الإفراز الغدى الصمى المتغيرة والتى تميز البلوغ وتؤثر على العلاقات التى تربط حالة النوم.

البكاء خلال النوم:

هناك أسباب كثيرة للبكاء عند الطفل خلال النوم خاصة الأطفال الصغار: الجوع، إلباس الطفل الكثير من الملابس، تغيرات درجة الحرارة، تلوث الفوطة، المغص والسعال. وهنا قد يكون السعال بسبب الربو أو التهاب الجيوب إذا كان مزمنا، ضخامة اللوزات.

وهنا يستيقظ الطفل بسبب صعوبة التنفس ويحاول تغيير وضعية نومه، آلام النمو وهى آلام فى الطرفين السفليين تنجم عن كثرة حركة الطفل خلال النهار- قلق الانفصال عن الأهل وتظهر هذه الحالة فى نهاية السنة الأولى عندما يبدأ الطفل بالنوم لوحده - القلس المعدى المرىء أى عودة الطعام إلى المرىء عند الأطفال المصابين بهذه الحالة - ديدان الحرقص وهنا تترافق مع حكة شرجية ليلية - التهابات الأذن الوسطى - أحيانا بزوغ الأسنان وأحيانًا لا يكون هناك سبب واضح.

فى السنوات الأخيرة ظهر الاهتمام الكبير بالاضطرابات النفسية والعقلية عند الأطفال على مستوى العالم أجمع، حتى أن منظمة الصحة العالمية جعلت أحد أيام



الصحة النفسية العالمية للاضطرابات النفسية عند الأطفال والاهتمام بالصحة النفسية والعقلية للأطفال. الصحة النفسية والعقلية للأطفال مهمة جدًا، نظرًا لأن الطفل المريض نفسيًا أو عقليًا يكبر ليصبح مريضًا نفسيًا أو عقليًا بالغًا، وهذا له نتائجه السلبية على الأهل والمجتمع والدولة. فالعناية بالصحة النفسية والعقلية للطفل أمر فى غاية الأهمية، والأهل الذين قدر الله سبحانه وتعالى لأحد أبنائهم أن يعانى من اضطراب عقلى أو نفسى يشعرون بمدى المعاناة الكبيرة التى عليهم أن يتعايشوا معها. صحة الطفل النفسية والعقلية أمر من مهمة المجتمع والدولة أن تهتم به، وليس مهمة الأهل فقط..! صحيح أن الأهل هم الذين يعانون وهم الذين يتحملون المتاعب والمشاق فى رعاية وتربية هذا الطفل المضطرب عقليًا أو نفسيًا. إن الأسرة التى لديها طفل مريض بمرض عقلى أو نفسى تعيش مأساة حقيقية لما لهذا المرض من تأثير على جميع أفراد العائلة. فالأم تحتاج وقتًا كبيرًا للعناية بهذا الطفل على حساب بقية أفراد العائلة بما فى ذلك بقية الأبناء والزوج ورعاية المنزل كربة منزل لديها الكثير من الأعمال التى يجب عليها أن تقوم بها. إن العناية بطفل مريض نفسيًا أو عقليًا يقلب حياة الأسرة رأسًا على عقب، وقد يؤدى إلى خلافات زوجية بين زوجين قد يصل مداها إلى الانفصال، خاصةً عندما يلوم أحد الوالدين الطرف الآخر بأنه يهمل مهامه، وأنه لم يعد يستطيع التحمل أكثر فى حياة صعبة بسبب مرض الطفل نفسيًا أو عقليًا، وغالبًا ما تكون الوالدة أو الزوجة هى الضحية إذا وقعت على زوج لا يقدر معاناة الأم التى ترى ابنها أو ابنتها ليست كبقية من هم فى مثل أعمارهم.. يذهبون إلى المدارس ويقومون بأعمالهم المنزلية بشكل جيد ويملأون المنزل مرحًا وفرحًا، بينما ابنهم أو ابنتهم يحيل المنزل إلى مكان مزعج أو ساحة للمشاكل بين الإخوة بسبب مرض هذا الطفل..!

هنالك أمراض صعبة فى مرحلة الطفولة، حيث يصبح الطفل مصدر قلق وألم للأهل وللمحيطين به.

الاكتئاب واحد من هذه الأمراض، وللأسف فإن الدراسات الحديثة تبين بأن الاكتئاب أصبح أكثر انتشارًا بين الأطفال، حيث يمكن أن يصاب الأطفال بالاكتئاب من سن صغيرة، ابتداء من سن السابعة!.



المشكلة أن الأطفال المكتئبين لا تظهر عليهم أعراض الاكتئاب كما هى عند الكبار، حيث تكون الأعراض عند الأطفال عبارة عن سلوكيات مزعجة. فالطفل المكتئب يرفض مثلاً الذهاب إلى المدرسة، أو يسبب مشاكل مع مدرسيه وزملائه فى المدرسة، ويتدنى مستواه الدراسى ويختلق المشاكل فى المنزل، أو يقوم بأعمال مزعجة للأهل مثل سرقة بعض الأغراض من المنزل، والسرقة هنا ليست لكى يبيعها مثلاً ويستفيد من النقود التى يبيعها بها، لكنه قد يسرقها ويدمرها أو يقوم بتخريب بعض الأجهزة الكهربائية فى المنزل بدون أى سبب. الطفل المكتئب قد يميل إلى الوحدة والابتعاد عن الأطفال الآخرين، ويكون عرضة أحيانًا للاستغلال من قبل بعض الأطفال أو البالغين بسبب كآبته، مثل استغلاله جنسيًا؛ نظرًا لأنه يكون منطويًا على نفسه، لا يتواصل بالحوار مع أفراد عائلته، خاصةً والديه.

الطفل المكتئب قد لا يكتشفه أحد من الأهل أو الأقارب، ولكن يلاحظون غرابة تصرفاته، ويعتقدون أنها مرحلة من مراحل الطفولة التى يمر بها الطفل ويهملونها ويتركون الطفل اعتقادًا منهم بأن هذه السلوكيات سوف تنتهى تلقائيًا!.

الحقيقة أن الطفل المكتئب قد تنتهى عنده نوبة الاكتئاب بعد عدة أشهر أو ربما تستمر والأهل لا يعرفون ما هو سر هذه السلوكيات الغريبة التى أصابت ابنهم أو ابنتهم؟

الاكتئاب أيضًا ليس نادرًا أو قليل الحدوث عند الأطفال بل إن نسبة الاكتئاب عند الأطفال تصل إلى نسبة مرتفعة خاصة عند الفتيات وفى بداية سن المراهقة. فقد بلغت نسبة الإصابة بين الفتيات قبل سن المراهقة حوالى ١٣٪ حسب أحد الدراسات التى نشرت فى الولايات المتحدة الأمريكية. فى العام الماضى قالت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين بأن هناك أحد عشر مليون وصفة لأدوية مضادة للاكتئاب صرفت لأطفال يعانون من الاكتئاب، وحذرت الجمعية من الصرف الدوائى والإفراط فى صرفه للأطفال إلا عند الضرورة القصوى وعندما يكون هناك حاجة ماسة لإعطاء الأطفال أدوية مضادة للاكتئاب.

من أجل ذلك تم إجراء دراسة فى الولايات المتحدة الأمريكية، فى جامعة بيتسبيرج عن حاجة الأطفال لاستخدام الأدوية المضادة للاكتئاب. كأن هدف الدراسة والتى أجريت على الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب الشديد



(Major Depressive Disorder)، ومـدى الدور الذى تلعـبه هذه الأدوية المضـادة للاكتئاب عند الأطفـال الذين يعانون الاكتئاب الشديد وليس الاكـتئاب المتوسط أو البـسيط. وكذلـك كان هدف الدراسـة معرفـة مدى فـاعلية هذه الأدوية المـضادة للاكتئاب وكذلك مدى سلامتها وتأثيرها السلبى على الأطفال فى هذا السن المبكرة وتقدير الموازنة بين الاسـتفادة والأعـراض السلبية لاسـتخدام الأطفال للمـضادات الخـاصة بالاكـتـئـاب، خاصـة الأنواع الحـديثة منـها والمعـروف بالأدوية المثـبطة للسيروتونين.

كانت نتائج هذه الدراسة بأن هناك حوالى ٩٪ من الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب الشديد يحتاجون لتناول أدوية مضادة للاكتئاب وذلك نظرًا لخطورة المرض عليهم واحتـمال تدهور حالتهم النفسـية، حيث إن الاكتئاب الشـديد قد يقود إلى الانتحار عند الأطفال، حيث لوحظ فى السنوات الأخـيرة ازدياد نسبة الانتحار بين الأطفال، حيث سجلت الدراسات أن هناك أطفالاً فى سن الثامنة قد انتحروا نتيجة الاكتـئاب والتى لم يكن الأهل يتنبهـون لهذا المرض. بل إن بعض الأطفال قـاموا بعمليات قتل لزملاء لهم ثم قتلوا أنفسهم، وكأن هؤلاء الأطفال يعانون من اكتئاب شديد، لـذلك فإن العـلاج من الاكتئـاب الشديد بالـنسبة لـلأطفال أمر فـى غاية الأهمية. سواءً كان علاجًا دوائيًا أو علاجًا نفسيًا وعائليًا.

ونتيجة الدراسة كانت بأن هؤلاء الأطفـال الذين يعانون من اكتئاب شديد أو حتى اكتـئاب متوسط شـديد فإنهم بحاجة لأن يتزاوج العـلاج الدوائى مع العلاج النفسى والعائلى، وبالنسـبة لمن يتعاطون أدوية مضادة لـلاكتئاب فيجب مراقـبتهم مراقبة دقـيقة لمعرفة مدى الاسـتفادة من العلاج وكذلك الأعراض الجانـبية للعلاج بالنسبة للأطفال. ويجب موازنة إعطاء أدوية مضادة للاكتئاب بين الأضرار والفوائد بشكل دقيق دون التسرع فى صرف الأدوية المضادة للاكـتئاب، وعدم متابعة الطفل الذى يصرف له الدواء المضاد للاكتئاب.

فى معظم دول العالم الثـالث يتم صرف الأدوية المضادة للاكتـئاب ولكن قد تكون هناك صعوبات فى معالجتهم علاجًا نفسيًا، نظرًا لقلة عدد المختصين فى هذا النوع من العلاج وكذلك عدم متابعـة الطفل الذى يتناول الأدوية المضادة للاكتئاب



نظرًا لصعوبة متابعة المرضى بوجه عام فى العيادات النفسية وهذا أيضًا نتيجة قلة الأطباء المختصين فى الطب النفسى للأطفال فى أكثر دول العالم الثالث هو أمر واضح ومعروف، وبحاجة لأن تقوم الجهات المختصة بالرعاية الصحية النفسية بإعطاء جهد أكبر لعلاج الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب، خاصة أن الظروف الاجتماعية فى أكثر دول العالم الثالث تتميز بصعوبة الحياة بالنسبة للأطفال، حيث الفقر والحروب والجهل بالأمراض النفسية بوجه عام.

ثانيًا: الأمراض العقلية

المرض العقلى هو اضطراب فى الشخصية وهو بلا شك أعقد وأخطر من الأمراض النفسية يبدو على شكل اختلال حاد فى القوى العقلية وعدم القدرة على إدراك الواقع والحياة الانفعالية. فيعجز المريض عن إقامة علاقات اجتماعية.

١- ذهان الاضطهاد: The persecution psychosis

مرض عقلى يتميز بحالة شك شديدة فى الآخرين وفى غاياتهم حتى يشعر الفرد أنه معرض لاضطهاد الآخرين إذ يميل المريض إلى اتهام الآخرين والتباهى والمفاخرة والتزمت والحساسية الزائدة. ويلاحظ على المريض ظهور بعض حالات الهياج والاضطراب والحزن الشديد. إن المصابين بهذا المرض ينغصون حياة من يعيش معهم.

٢- الفصام: The schizophrenia

تعريفه: الفصام أو الشيزوفرينيا، أحد الأمراض المستعصية على العلاج وهو على صور عديدة فقد يكون حادًا أو مزمنًا.

أسبابه:

- عوامل وراثية.
- عوامل بيئية.

أنواعه:

الفصام أنواع عديدة منها:



أ- الهبفرينية: تتميز هذه الحالة بميل المريض إلى النكوص والعودة إلى النكوص والعودة إلى مرحلة طفولته حيث تبدو عليه البلادة واضطراب التفكير.

ب- الكتاتونية: يتميز سلوك المريض فى هذه الحالة بالتيبس الجسمى والنفسى فقد يقف المريض ساعات طويلة دون حراك. أو أن يأتى بحركة معينة كأن يرفع يده مثلاً - ويبقى على هذه الحالة عدة ساعات.

ج- الفصام البسيط: عدم قدرة المريض على التمييز.

د ـ الاضطهادية: يبدو المريض فيها مضطربًا إذ يعرب عن أوهام غريبة.

٣- الذهان الدورى: The periodic psychosis

يسمى هذا المرض بالنواب إذ تنتاب المريض حالة من الهوس تعقبها حالة من الاكتئاب ففى المرحلة الأولى تبدو على المريض حالة من السعادة والفرح الشديد فتراه يغنى ويرقص، ثم فجأة ينقلب هذا المرح والفرح إلى اعتداء على الآخرين.

٤- الإغماء: The faint

تعريفه: الإغماء هو حالة تصحب بعض الأمراض يقع معها الشخص فى حالة تشبه الموت. فيفقد الإحساس والحركة. وهى تنشأ من وقوف حركة القلب فتقف حركة التنفس لوقوفه.

أنواعه:

١- الإغماء الخفيف:

يصاب المريض فى هذا النوع فجأة أو بسرعة بفقد فى شعوره فلا يستطيع أن يرى الأشياء بوضوح ويحس بأن الأشياء تدور حوله، وتختلط الأصوات فى أذنه بما يكون قد اعتراها من الطنين ويخيل له أن الأرض تغور تحت قدميه فيعتريه اضطراب فى الساقين وفى الوقت نفسه تبرد جبهته وأطرافه، وتغطى جبهته بالعرق. ويمتقع لونه ويفقد شيئًا فشيئًا وتظلم الدنيا فى عينيه ويبطل سمعه وأحيانًا يعتريه قىء. وأحيانًا يسقط مغشيًا عليه وفى أحيان أخرى يتمالك نفسه فينتقل من



مكانه ويجلس فى مكان منعزل. وإذ ذاك يكون نبضه ضعيفًا وتنفسه كذلك. وقد تبطل حركته أو تبقى له حركة ضعيفة. وتزايله هذه الحالة بعد عدة ثوان أو عدة دقائق وتارة تلازمه نحو ساعة وهذا نادر ثم تعود إليه صحته وسط تشنجات خفيفة أو ثقيلة ويكون ذلك بتثاؤبات وتنهدات. ويرجع إليه لونه وحرارة أطرافه تدريجيًا وجميع أجزاء جسمه ويبقى له شعور بضعف خفيف أو لا يبقى لديه شىء من الضعف.

٢- الإغماء الثقيل:

يبدأ على النحو الذى يبدأ عليه الإغماء الخفيف ولكن بأشد سرعة ثم يقع المريض مغمى عليه ويكون نبضه ضعيفًا جدًا وتنفسه لا يكاد يدرك وتكون عيناه مفتوحتين وثابتتين وشعوره معدومًا وأحيانًا يكون المصاب متمتعًا بشىء من الشعور ويكون سمعه صحيحًا وهذا ما يزيد حالته سوءًا إذ يستحيل عليه إحداث أى حركة جسدية تخلصه مما هو فيه. وفى هذه الحالة يمكن قرصه وشكه وإحراق قسم من جسمه بدون أن يشعر بألم. وتبطل معه حركة الإفرازات إلا العرق. فإذا أفاق فلا يشعر لا بجوع ولا عطش ولا يعتريه هزال حتى ولو بقيت هذه الحالة معه عدة أيام. وهذه الحالة قد تبقى عدة أيام، ولكنها لا تكون على أشد حالاتها إلا عند النساء. ولا يكون المريض بعد إفاقته أقل علم بما حدث له أثناء النوبة ولكن من المرضى من يحكى كل ما حصل وما عمل حوله.

أسبابه:

الأسباب المنتجة للإغماء الآلام الشديدة، وضياع دم غزير والأنيميا المخية والإصابة بالصاعقة والبرد القارس أو الحر الشديد واستنشاق غازات سامة أو هواءً فاسدًا، والتعب الجسدى والولادة والخوف والذعر والدهشة والفرح والروائح الشديدة وشدة الأحزمة ومرض القلب والتيفوئيد والضعف الشديد إلخ. وقد يصيب الإغماء من النساء المصابات بالنوب الهستيرية، وإذ ذاك لا يكون للإغماء نتائج سيئة. وسببه الرئسى نقص الأكسجين فى المخ.



علاجه:

علاج الإغماء متى أغمى على شخص وجب وضعه وضعًا أفقيًا فى محل كثير الهواء وأن تحل ملابسه وأربطته وأن يرش وجهه بالماء البارد وينشق بالروائح القوية كالإثير وروح النشادر والخل والصوف المحروق. ولكن إذا كان عنده احتقان فى الدماغ يجب أن يجعل رأسه عاليًا وساقاه مدلاتين وأن تدلك عنقه وأن تجعل على رأسه رفادة مبتلة بالماء البارد. فإذا كان لدى المصاب أنيميا مخية فيجب جعل رأسه منخفضًا والساقين مرتفعتين.

٥- أمراض اضطراب العقل: The psycopathy diseases

قد يكون العقل سليما ولكن هذه السلامة لا تمنع من وجود تغير مرضى فى أجزاء المخ وقد ثبت ذلك تشريحيًا إذ وجدت فى مخ بعض الناس نقط نزفية وأخرى لينة ولكن لم يكن لها تأثير على العقل فى أثناء الحياة. تنحصر اضطرابات العقل فى تناقص قوته أو تنبه قوته فوق الحالة العادية أو ضياعه. فيعرف نقص قوته بخمود حواسه وعدم فهمه للشىء وبطء أجوبته إذا سئل وبعدم اتساق أفكاره وبضعف أو فقد حافظته. قد يكون هذا الاضطراب خلقيًا وقد يكون عارضًا من نزيف أو لين مخيين أو من التهاب مخى حاد أو اضطراب فى دورة المخ أو فى تغذيته. وقد يفقد المصاب معرفة صور الكلام المسموع فيقال لهذا الداء صمم الكلام. وقد يفقد تمييز صور الكلام المكتوب. ثم إن الاضطراب المخى قد يكون قاصرًا على مراكز الادراك المخى التعقلى أى يحصل اضطراب القوى المدركة للإحساسات والأفعال التى متى بها يزن الإنسان أفكاره وأعماله أثناء التيقظ فتنجم عن ذلك الأمراض العقلية الجزئية التى هى الهذيان والتخيلات والغشى. وأما فى الجنون فيكون الإدراك مفقودًا فقدًا كليًا.

من الاضطربات المخية الهذيان وهو ظاهرة تنتج عن اضطراب العقل اضطرابًا مرضيًا **وله أنواع عديدة:**

* أولها الهذيان الحاد.

* ثانيها الهذيان الهوسى.



* ثالثها الماليخوليا.
* رابعها الهذيان الذى يسمى سيتيمار.
* خامسها الهذيان الذى يسمى ميستيك.
* سادسها هذيان الاضطهاد.

- فى الدور الأول من هذا النوع الأخير يصير الشخص المصاب مضطربًا مشغول الفكر قلقًا ويصير عقله فى تعب مرضى لا يعجبه شىء ويسىء الظن بكل شخص ولو كان من أقاربه وكل ما يفعله أحدهم يظنه موجهًا ضده.

- وفى الدور الثالث يهرب المريض ويتجنب العالم؛ لأنه يتوهم أن شخصًا يتبعه ليقتله ويمتنع عن الأكل لأنه يتوهم أن بعضهم سيضع له السم فيه.

- وبعد هذا الدور يأخذ فى تدبير طريقة يهلك بها نفسه لأنه يرى أن ذلك أخف عليه من أن يهلكه غيره.

كل هذه الأعراض تدل على تغير القشرة السنجابية للمخ وأعظمة الالتهاب المنتشر للنسيج الخلوى للقشرة المذكورة.





الفصل الخامس:

الأسس النظرية لتقويم الشخصية



أولاً: بعض المسلمات فى تقويم الشخصية

- يولد الإنسان بافتراض سلامته من الناحيتين (العضوية أو التكوينية) والفسيولوجية (وظائف الأعضاء).
- يتشكل الإنسان فى ضوء ثقافة مجتمعه وما يتبعها من ثقافات فرعية فى ضوء تاريخ حضارى خاص به وفى ضوء مجتمع معين.
- الشخصيات متباينة لوجود الفروق الفردية.
- يمكن تقويم الشخصية وفق الرؤى الشخصية للمنظرين.
- تستخدم أدوات متعددة فى تقويم الشخصية منها السيكومترى، الأيديومترى، الإسقاطى (الكلينيكى).

ثانياً: المنطلقات النظرية فى تقويم الشخصية

وهناك ثلاثة تيارات فى هذا الموضوع وهى: الحتمية التكوينية، والحتمية البيئية، والحتمية التفاعلية. وداخل هذه التيارات توجد مجموعة من النظريات لها أطرها النظرية؛ ومن ثم فإن التقويم للشخصية فى كل نظرية يكون محكومًا بإطارها.

١- الإطار النظرى لمجموعة النظريات داخل تيار (الحتمية التكوينية):

أ- بالنسبة لفرويد:

ينظر فرويد للشخصية على أنها منظومة مغلقة محكومة بالحتمية البيولوجية حيث يتولد الصراع فى الفرد بين الأجهزة النفسية الثلاثة (هو - أنا - أنا أعلى)، ويضطر الإنسان عن طريق الميكانزمات الدفاعية أن يزيل توتراته.

ومن هنا يكون تقويم الشخصية عند «فرويد» محكومًا بفهم الديناميات التى تلعب مجموعة أدوار داخل الجهاز النفسى.

والأداة المناسبة للتقويم هنا تكون دراسة الحالة Case Study وكذلك تاريخ الحياة Life history، وفى ضوء هذه الأدوات وتشخيصها يكون العلاج.

ب- بالنسبة لأبوقراط - كرتشمر - شلدون:

ترتبط الأنماط التى يتصدرها كل من أصحاب النظريات التكوينية بحالات الذهان أساسًا، فعند أبوقراط يركز على الأنماط (الصفراوى، السوداوى، البلغمى، الدموى)، ويرتبط المزاج بهذه الأنماط، ويمكن التنبؤ - من وجهة نظره - بنوع الخلل من الناحية المزاجية إذا حدد النمط الخاص بسائل الجسم.

وبالنسبة «لكرتشمر» فإن «الفصام» يرتبط فى تصوره بنمط الجسم النحيل، بينما يرتبط الهوس - الاكتئاب بنمط الجسم البدين، ويكون التقويم محكومًا بهذه الأنماط.

وبالنسبة «لشيلدون» يركز على التكوينات الثلاثة: (الحشوية - البدنية - المخية)، وترتبط هذه الأنماط فى تصوره بالطبقات الثلاثة وهى الأندومورفى والأكتومورفى والميزومورفى، ويكون تقويم الشخصية فى ضوء هذا الاتجاه.

جـ- بالنسبة «لكيرت جولد شتاين» صاحب النظرية العضوية:

يشترط مع سابقيه فى إبراز اهتمام بحتمية التكون، واختلافه عنهم، هو يرى أن الكائن فى حالة تفاعل دينامى مع الموقف، ويركز فى تقويمه للشخصية على واقع تحقيق الذات، الذى يعده الدافع الوحيد.



د- بالنسبة «لجودجون أولبورت» صاحب نظرية السمات:

يتبع فى تقـويمه للشخـصية المنهج الأيديوغـرافى (المنحى الفردى) إذ يعتـبر الشخصية منفردة ويكون التقويم مبنيًا على مجموعة السمات المميزة للفرد.

٢- الإطار النظرى لمجموعة النظريات التى تستند إلى «الحتمية البيئية»:

ورغم تعدد النظريات السلوكية إلا أنه يمكن تجمـيعها داخل إطار «التشريط» حيث يركز العلاج السلوكى على التجريب وتكون «العادة» هى وحدة السلوك ومن أبرز علماء هذا الاتجاه «دولارد وميللر».

ويتم تقويم الشخـصية فى ضوء فهم الأعراض والتى هى عـبارة عن عادات مشروطة، ومن هنا فهى تبتعد عن المفاهيم الدينامية.

ويتم عـلاج الشخـصـية بإزالة هذه الأعـراض عن طريق «تعـديل السلوك» بأساليب مختلفة مثل «التعزيز»، «التشريط المضاد»، والتنفير.

٣- نظريات تستند إلى الحتمية التفاعلية:

أ- الفرويدية الجديدة (أدلر - فروم - هورنى - سوليفان):

ويركز هذا التيار على البعد الثقافى والاجتماعى المؤثر فى الشخصية.

آدلر: يرى الكفاح من أجل الـتفوق هو الركيـزة الأساسيـة فى الشخصـية، وذلك فى ضوء نظرته بالاهتمام الاجتماعى.

ويضيف «فروم» الطابع الاجتماعى للشخصية مع الطابع الفردى لها، ويتمثل الطابع الاجتماعى فى الاهتمام بما هو مشـترك مع الآخرين، ويتمثل الطابع الفردى فى العمل والنجاح، وعدم تحقيقهما يؤدى إلى القلق.

وبالنسبة للتـقويم: تعد الحاجات الأربـعة لدى «فروم» ركائز عمليـة التقويم وهى (الحاجة للانتمـاء الاجتماعى - الحاجة إلى الشمـوخ - الحاجة إلى الهوية - الانضباط الاجتماعى).



كارين هورنى: يتم تقويم الشخصية من خلال عملية التنشئة الاجتماعية السليمة داخل الأسرة فى ضوء الثقافة السائدة والتنشئة الاجتماعية السيئة تولد العصاب.

كما تقسم العصاب إلى ثلاث حاجات عصابية:

العصاب الأول: التوجه نحو الناس.

العصاب الثانى: التوجه بعيدًا عن الناس.

العصاب الثالث: التوجه ضد الناس.

وبالنسبة «لسوليفان» يركز فى تقويمه للشخصية على تفاعل الفرد مع الآخرين.

فالسمات مثل العدوان، والحقد، . . . ليست موجودة داخل الناس، ولكنها خصائص مكتسبة للسلوك.

كما يرى أن «الذات» منظومة تتناغم إذا ما تمت علاقاتها الإنسانية بنجاح.

كما يرى أن «القلق» الذى تعانى منه الشخصية ناتجًا بفعل ظروف اجتماعية محبطة.

ب- نظرية المجال «لكيرت ليفين»:

ويؤكد ليفين هنا على فاعلية ما أسماه «حيز الحياة أو البيئة السيكولوجية للفرد».

تقويم الشخصية فى تصوره، يتم داخل المجال الاجتماعى الذى يوجد فيه الفرد، متضمنًا الصراعات والعقبات التى تعترض إشباعات الفرد.

ويتضمن التقويم، بحث قدرة الفرد على استجاباته للمنبهات الخارجية والمواقف المثيرة، ومدى قدرته على تحقيق حاجاته الآنية.



ومن المهم أيضًا فى التقويم، كشف مستويات الحقيقة والوهم التى تسيطر على الفرد، ويعتبر التقويم هنا «موقفيًا» ولا توجد اعتبارات للماضى.

جـ- الحاجات عند «موراى»:

ويعتبر «موراى» أن المخ أساس الشخصية، وأن وظائف المخ هى التى تؤثر فى سلوك الفرد.

والشخص هنا لا يمكن تقويمه إلا بالنظرة الشمولية عن طريق سيرة حياته، ويستخدم فى ذلك المقابلات، الاستبيانات، تاريخ العائلة، تاريخ الحالة، ويرجع ذلك إلى نظرته بأن «الأنا الأعلى» تستدخل القيم والمعايير طوال الحياة.

ولا يهتم «موراى» فى تقويمه للشخصية بمفهوم الصراع فهو نادر الحدوث ولا يحدث إلا فى حالة الأنا الضعيفة، بينما الأنا العادية تكون عقلانية واعية قادرة على الاختيار.

وفى ضوء هذا طرح «موراى» مجموعة من الحاجات الظاهرة Overt needs والكامنة Covert.

ويتحقق السواء للفرد حين تشبع هذه الحاجات، وهى كلها قابلة للقياس.

د- الحيوية الاجتماعية عند (جاردنر ميرفى):

ويعتبر «جاردنر» الدافعية بمثابة شىء عضوى داخل الإنسان، والسمة العضوية، هى الوحدة الأساسية فى بناء الشخصية، وتتكون بخبرات تراكمية منذ الطفولة المبكرة، ويصاحب ذلك شق من العادات المكتسبة والتى تتكون معرفيًا وإدراكيًا لإزالة توترات الفرد، ومواجهة مشكلات الحياة عن طريق ما يسميه «الدور»، وهو أسلوب الفرد المتميز الذى يواجه به خفض توتراته.

وتقويم الشخصية يكون ديناميًا ووظيفيًا وخصوصًا أن هناك مسالك أو قنوات تقوم بعمل البدائل إذا ما تعثر الإشباع.



مناهج تقويم الشخصية

أولاً: القياس السيكومترى (القياس النفسى) Sychometry:

وهو من أكثر المقاييس انتشارًا فى العلوم النفسية والتربوية، ويسمى «معيارى المرجع» Norm-referenced.

ويقارن الشخص بالمتوسط الشائع فى الآخرين إزاء ما يقاس من ظواهر (طول، وزن، ذكاء، أمانة، عدوان، . . .).

وتفسير درجة الفرد تكون محكومة بموقعه من الجماعة التى ينخرط فيها.

مميزات المقاييس السيكومترية:

- موضوعية القياس.
- إمكانية التأكد من ثبات هذا المقياس بطرق مختلفة.
- التأكد من صدقه بطرق متعددة.
- القدرة على التمييز بين الأفراد فى الجماعة الواحدة - إزاء الظواهر المختلفة.

بعض عيوب هذه المقاييس من وجهة نظر «جليسر Glaser»:

١- الأساس النظرى للقياس يرتكز على الفروق الفردية بين الناس وبذلك فهو يهمل أهمية القياس فى تحقيق أهداف أخرى أو ديناميـة مختلفة للشخص الواحد.

٢- يعتبر هذا القياس «الجماعة» هى المحك الوحيد لتفسير الدرجات التى يحصل عليها الفرد ويهمل موقع الفرد بالنسبة لتحقيق الأهداف المتوخاة.

٣- يرتكز هذا النوع من القياس على المفهوم الخاص بالتوزيع الاعتدالى Normal distribution وهذا المنحنى صالح فقط فى حالات العينات الكبيرة العشوائية، واستخدامه فى قضايا التعليم عليه بعض المآخذ، لأننا نهمل بالضرورة أهداف التعلم، والمستويات المطلوب الوصول إليها، كذلك فى استخدامه لتقويم الشخصية.



ثانياً: القياس الأديومترى (القياس التربوى) Edumetry:

وظهر هذا النوع من القياس عام ١٩٦٣م عقب الهجوم على القياس السيكومترى، وهذا النوع من القياس (محكى المرجع)، أى أنه يهمل الجماعة كمحك ويضع بدلاً منها مجموعة من الأهداف يسعى المربى لتحقيقها ويستطيع أن يصل إليها عن طريق المقياس نفسه والهدف أن يصل الفرد إلى التعلم المتقن.

أيضًا هدف هذه الاختبارات مدى ما يستطيع الفرد تأديته بغض النظر عن موقعه بالنسبة للآخرين.

هناك بعض المآخذ على القياس الأديومترى:

ولكنها لا تقارن بالمآخذ الموجودة فى القياس السيكومترى.

ويمكن تلخيص عيوب القياس الأديومترى فى:

١- قصور بعض الأساليب الإحصائية فى معالجة نتائج القياس الأديومترى.

٢- عدم توظيفه فى المدارس والجامعات؛ إذ لا تظل النظرة القديمة والتى تقارن الفرد بغيره من الأفراد فى قياس ما حققه من إنجاز باستخدام المقاييس السيكومترية، وفى هذا إهمال تام لأهداف التعليم ومستوياته.

أدوات قياس الشخصية

أولاً: تطور أدوات قياس الشخصية:

هناك محاولات قديمة فى قياس الشخصية مثل التنجيم Astrology، والفراسة وقراءة الحظ، وكانت محاولات غير علمية، هناك أيضًا محاولات قديمة لاستخدام طريقة «تداعى المعانى» حيث استخدمها «كرابلن» مع مرضاه واستخدمها «سومر» من جانب المرضى للتفرقة بين الاضطرابات العقلية المختلفة، كذلك من المساهمات القديمة «مساهمات جالتون» بوضع البذور الأولى لمقاييس التقدير.

وقد سبق القياس العقلى [كما يتمثل فى قياس الذكاء والقدرات المختلفة منذ «بينيه»، و«سبيرمان»، و«سيرل بيرت» وغيرهم من علماء القياس العقلى]، القياس فى مجال الشخصية.



وبدأ القياس الفعلى لجوانب الشخصية منذ الحرب العالمية الأولى، فقام «وودورث ١٩١٧م Woodworth» بتقديم قائمة تحتوى على ١١٦ فقرة لقياس الشخصية صيغت فى شكل أسئلة يجاب عنها بنعم أو لا، وكانت لقياس مجموعة الاضطرابات النفسية والعقلية للمجندين فى الحرب كما تتمثل فى المخاوف - الوساوس - الأفكار التسلطية - الأعراض السيكوباتية.

وفى عام ١٩٢٤ وضع «فرايد، هيدبريدر Freyd, Heidbreder» اختبارًا للشخصية صنف فيه الأفراد إلى فئتين (المنبسطين، الانطوائيين).

كذلك قدم «البورت» Allport ١٩٢٨ مقياسًا (للسيطرة Ascendance - الخنوع Submission).

وظهرت تصنيفات متعددة لأنواع اختبارات الشخصية منها أحادية البعد (تقيس سمة واحدة)، ومتعددة الأبعاد (تقيس أكثر من سمة أو خاصية) واستخدمت فى عمليات الانتقاء (لأعمال مختلفة).

وفى التوجيه والإرشاد فى المجالين التربوى والمهنى، وفى العيادات النفسية شاعت اختبارات التشخيص التى أفادت فى التوجيه والإرشاد والعلاج النفسى.

ثم قسم كرونباك Cronback المقاييس النفسية إلى:

١- مقاييس الأداء الأقصى: Maximum Performance Tests

وتستعمل لمعرفة أعلى أداء يمكن أن يصله الفرد، كما فى اختبارات الذكاء، والقدرات العقلية، والمهارات الحركية... إلخ.

٢- مقاييس الأداء المميز: Typical Performance Tests

وتستخدم لمعرفة السلوك المميز للشخص فى موقف ما، وتقسم إلى:

أ - التقرير الذاتى Self report.

ب- أحكام الآخرين والملاحظة المنظمة Judgments and systematic observation.

جـ- اختبارات الأداء Performance tests.



ثم تعددت مقـاييس الشخصية فأصـبح هناك اختبارات سيكومـترية وأخرى أديومترية وثالثة إكلينيكية وإسقاطية.

وأصبح الهدف من التقويم هو الذى يحدد بدقة معايير التقويم فى الشخصية فإذا كان الهدف مقارنة الفرد بالآخرين (سيكومتريًا)، وإذا كان الهدف معرفة موقع الفرد بالنسبة (لمحك خارجى)، إتـقان مهارة مثلاً فيكون التفسـير هنا تبعًا للمحك (الأديومترى).

وإذا كان الهدف معـرفة موقع الفرد لنفسه بين وقت وآخـر (مدى تقدمه فى العلاج)، فإن تـفسيره يخضع أيضًـا للمحك (الأديومترى)، وإذا كـان الهدف هو تشخيص الحالة وتتبع سير المرض فيدخل ضمن الأدوات الإكلينيكية.

واستخـدام أكثر من أداة يثرى عمليـة التقويم، وهذا ما دعى إلى اسـتخدام مصطلح (الكلينيكيـة المسلحة) بمعنى استخدام الإكلينيكيـية (تبحث عن المكنون فى اللا شعور)، والسيكومترية (تقيس الظاهر والجزئى من السلوك) معًا.

ثانيًا: أدوات سيكومترية:

١- اختبار فيسوتا المتعدد الأوجه (M.M.P.I):

وهو يمكن أن يعد أداة إكلينيكية، كمـا يمكن أن يعد أداة سيكومترية ويطبق فرديًا وجماعيًا.

مؤلفه «ستارك هاثاواى»، و«ماكنيلى».

ويتكون من عشـرة مقاييس جـزئية تمتد إلـى (٥٥٠ عنصرًا)، وإذا طبق فى صورة جماعية يضاف ١٦ عنصرًا آخر فيصبح ٥٦٦ عنصرًا، والعشرة أقسام هى:

(١) توهم المرض (الهيبوكوندريا)، مثل أشعر بصداع، ضيق تنفس.

(٢) الاكتئاب، مثل زيادة القلق وعدم الثقـة بالنفس ويقول الحياة ليست لها قيمة لى، لا يعنينى ما يدور حولى.

(٣) الانطواء، يقول أتحاشى الناس، أبذل جهدًا؛ كى أخفى خجلى.



(٤) السيكوباتية، عدم الاهتمام بالمعايير الاجتماعية، لا يهمنى الناس.

(٥) الذكورة والأنوثة، ويكشف الاختبار عن مدى توفر سمة الأنوثة فى الرجال والعكس.

(٦) السيكاستينيا، وهى مخاوف ووساوس، أعانى من نوبات ضحك وبكاء لا يمكننى ضبطها.

(٧) الهستيريا، أحاسيس مختلفة فى الجسم ونوبات غضب حادة كاستجابة لمثيرات تافهة.

(٨) الهوس، ويتمثل فى هياج يصعب السيطرة عليه ونوبات فرح غامرة ورقص.

(٩) البارانويا، وتتمثل فى الشك والحساسية المسرفة للنقد، فيشعر بأن هناك من يتبعه، ويتآمر ضده.

(١٠) الفصام (الشيزوفرانيا)، وتتمثل فى تفكك الإدراك وهلوسات فى الذاكرة والتفكير.

ثالثًا: أدوات أديومترية (تربومترية):

١- مقياس الشخصية الشامل: Omnibus Personality Inventory

أعده: بول هست، ١٩٦٨، جورج يونج، ترجمه: جابر عبد الحميد سليمان الخضرى، ١٩٧٨.

يرتكز على أساسين مهمين هما: الطبيعة النمائية للإنسان، والسياق الاجتماعى الذى يتم فيه السلوك.

مكوناته: يتضمن أربعة عشر مقياسًا فرعيًا تكون بروفيلاً نفسيًا للشخص، ويمكنه أن يضع صورة فهمية لمكونات الشخص أو إمكاناته أمام صاحب القرار.



المقاييس الفرعية هى:

(١) الانطواء التأملى: Thinking Introversion

والدرجات العالية هنا تشير إلى التفكير التأملى فى مجال الأدب والفنون والفلسفة والدرجات المنخفضة (الانبساط التأملى) يظهرون تفضيلاً للعمل الذى يعتمد على التطبيقات العملية المباشرة، وعدد عناصره ٤٣ عنصراً.

(٢) التوجه النظرى: Theoretical Orientation

الدرجات المرتفعة تشير إلى تفضيل الأمور النظرية واستخدام المنهج العلمى والمنطق والقدرة على التحليل الناقد، عدد عناصره ٣٣ عنصراً.

(٣) التوجه الجمالى: Esthetic Orientation

والدرجات المرتفعة توجه أصحابها نحو الموضوعات والأنشطة الفنية ويتسمون بدرجة عالية من الحساسية للاستثارة الجمالية، وعدد عناصر المقياس ٢٤ عنصراً.

(٤) التوجه نحو التعقيد: Complexity Orientation

يتسم أصحاب الدرجات المرتفعة بالقدرة على تحمل الغموض وحب الأفكار الجديدة والبحث عن التنوع، عدد عناصره ٣٢ عنصراً.

(٥) الاستقلالية: Autonomy

يظهر أصحاب الدرجات المرتفعة ميلاً نحو الاستقلال عن السلطة المفروضة ويعارضون القيود، التحرر الفكرى والسياسى، عدد العناصر ٤٣.

(٦) التوجيه الدينى: Religious Orientation

أصحاب الدرجات العليا يشككون فى المعتقدات الدينية التقليدية ولا يلتزمون بها ويتسمون بالتزمت، عدد العناصر ٢٦.

(٧) التعبير الاجتماعى: Social Expression

أصحاب الدرجات العليا يظهرون ميلاً للأنشطة الجماعية الاجتماعية، ويتضمن ٤٠ عنصرا.



(٨) الاندفاع فى التعبير: Impulse Expression

ويقيس استعدادًا عامًا للتعبير عن النزعات العزيزية، والبحث عن إشباع التفكير الواعى، ذوى الدرجات العليا يتميزون بالخيال النشط ويعلون من قيمة الاستجابات الحسية وعناصره ٥٩.

(٩) التكامل الشخصى: Personal Integration

يتميز ذوو الدرجات المرتفعة بالاغتراب Alienation أو الاضطراب الانفعالى، ويتكون من ٥٥ عنصرا.

(١٠) مستوى القلق: Anxiety level

الدرجات المرتفعة تدل على مستوى منخفض من القلق، ويتكون من ٢٠ عنصرا.

(١١) الغيرية: Altruism

الدرجات المرتفعة تدل على الثقة بالآخرين وعلاقات الود والاهتمام بمشاعر ومصالح الآخرين، ٢٦ عنصراً.

(١٢) النظرة العملية: Practical outlook

يتسم أصحاب الدرجات المرتفعة بالأنشطة العملية والتطبيقية ويهتمون بقيمة الإنجازات العملية والممتلكات المادية، والمحك المباشر لهم هو (المنفعة المباشرة) أو القيمة الفورية، ٣٠ عنصراً.

(١٣) الذكورة - الأنوثة: Maseulinity - Feminity

الدرجات المرتفعة لدى الذكور يكون هناك ميلاً نحو المسائل الجمالية والعلمية والدرجات المنخفضة لدى الإناث يكون درجة عالية من الحساسية الانفعالية وتوافر الميول الجمالية والاجتماعية، عدد العناصر ٥٦.

(١٤) التحيز فى الاستجابة: Response bias

الدرجات المرتفعة، يظهرون أفضل خصائصهم، الدرجات المنخفضة تؤدى إلى انطباع سيئ عنهم ويتسمون بالاكتئاب، العدد ٢٨ عنصرا.



رابعاً: أدوات إكلينيكية: Clinical Tools

١- المقابلة الشخصية: Personal Interview

يمكن عن طريقها الكشف عن الكثير من جانب السلوك الظاهر والمضمر وأحيانًا تسمى (الملاحظة بالمشاركة) Participant observation.

وتكون بين طرفين العميل والقائم بالملاحظة، يجب أن يكون (أمياتيًا) يستطيع أن يشف مشاعر العميل ويحس بها ويشاركه فيها.

أهم ما يجب أن تتسم به المقابلة (الأمانة - الصدق - الثقة)، والقائم بالملاحظة إذا كان متمرسًا يمكنه الكشف عن أغوار الشخصية.

ويمكن تسجيل ما يدور فى المقابلة بدون علم العميل حتى لا يكون هناك إحراج.

وعلى القائم بالملاحظة ما يلى:

- ملاحظة حركات العميل الإرادية واللاإرادية.
- تعبيرات الوجه وفلتات اللسان.
- ملاحظة سلوك العميل وأدائه عن طريق مرآة ذات اتجاه واحد.

كما يمكن للحاسوب أن يقوم بدور القائم بالملاحظة (المقابلة) إذا تمت برمجته فى صورة أسئلة محددة يجيب عليها العميل، **كما أن هناك أنواعًا للمقابلات:**

- بهدف تشخيص حالة حتى يحدد برنامج العلاج وتسمى **(المقابلة الكلينيكية)**.
- بهدف استشارى أو إرشادى.

ويقسم أريكسون المقابلة إلى أربعة أنواع:

(١) مقابلة خاصة بالانتقاء لوظائف معينة: ويهدف القائم بالملاحظة انتقاء أفضل العناصر للعمل.



(٢) مقابلة خاصة بتجميع كم من المعلومات من العميل وتسمى المقابلة التوجيهية الإرشادية، وهدفها توجيه الفرد أو مساعدته فى اختيار ما يناسبه.

(٣) مقابلة خاصة باستيعاب التعليمات والأوامر الإدارية وتسمى مقابلة تعليمية، هدفها محاولة تعديل سلوك العملاء.

(٤) مقابلة خاصة بالتوجيه والإرشاد الكلينيكيين، حيث يلجأ العميل إلى الموجه النفسى أو المرشد للاستشارة فى مطالبه ومشكلاته وغالبًا ما يتم هذا فى العيادات النفسية.

وهناك تقسيمات أخرى للمقابلات منها:

المقابلة الفردية - الجماعية - المقيدة بأسئلة محددة - المقابلة الحرة الطليقة - المقابلة العارضة - المقصودة - السطحية العميقة ... إلخ.

خامساً: الاختبارات الإسقاطية: Projective tests

١- **اختبار تفهم الموضوع:** (T.A.T.) Thematic Apperception Test

المؤلف: موراى، مورجان ١٩٣٥.

مكوناته: ٣٠ لوحة كل منها تشمل منظرا به شخص أو مجموعة أشخاص فى مواقف غير محدودة مما يسمح بإدراكها على صور مختلفة وبينها لوحة بيضاء، بعض اللوحات خاصة بجميع الذكور BM وبعضها خاص بالذكور فيما فوق ١٤ سنة وتحمل الرمز M وتحت ١٤ سنة B، وهناك لوحات خاصة بجميع الإناث رمزها GF والإناث فوق ١٤ سنة F، والإناث تحت ١٤ سنة G.

المطلوب من الشخص، يحكى قصته عن منظر اللوحة بحيث تنطوى القصة على ماضى نتبين منه تسلسل الأحداث وتنطوى على نهاية توضح ما ستنتهى إليه الأحداث، ويجب أن تكون الإجابة كتابة لما ينطوى عليه الشطب والخطأ والتصحيح من دلالة.

كما ينبغى تسجيل ملاحظات عن السلوك الإجمالى للشخص وعن فترات التردد.



الأساس الذى يقوم عليه هذا الاختبار:

هو أن القصص التى يعطيها المفحوص تكشف عن مكونات هامة فى شخصيته على أساس نزعتين، وهما:

النزعة الأولى: نزعة الناس لتفسير المواقف الإنسانية الغامضة بما يتفق وخبراتهم الماضية ورغباتهم وآمالهم.

النزعة الثانية: نزعة كثير من كتاب القصص للتعبير عما يدور بأنفسهم من مشاعر ورغبات.

وسمى هذا الأساس بالحتمية النفسية، وهى من الافتراضات الأساسية فى تفسير اختبار تفهم الموضوع.

المسلمات التى يقوم عليها الاختبار:

يقدم «لندزى» عدة مسلمات يرى أن الاختبار يقوم عليها:

(١) إذا قدم للفرد موقف منبه فتعكس الاستجابة أنماطه الاستجابية المميزة ونزعاته الاستجابية.

(٢) كلما كانت المثيرات غامضة أدى ذلك إلى استجابات أكثر مما إذا كانت الاستجابات محددة لمثيرات واضحة.

(٣) إذا تحرر موقف الاستجابة من قيود الواقع المألوف فإنه يمكن أن تصدر النزعات الاستجابية التى كانت يتردد الاعتراف بها سواء شعوريًا أو لا شعوريًا.

بمعنى: عندما أعطى له صورة وأقول له احك لى هذه الصورة.. فى هذه الحالة يمكن أن يعطى الاستجابة بشكل متحرر من القيود؛ لأنه يصف وليس سلوكه المباشر ففى هذه الحالة يمكن أن يسقط اللا شعور ويمكن أن يكون واعيًا ويصف بشكل صريح هذه الصورة.

(٤) الاستجابات المعنية الممكنة لا تتحدد فقط بالدوافع والخصائص الثابتة نسبيًا ولكنها تتحدد بعمليات وسيطة مثل دفاعات الفرد وطرازه المعرفى.



(٥) تتحدد الاستجابات الممكنة جزئيًا بالعوامل التالية:

(أ) الحالة الانفعالية الوقتية مثل الحزن والإحباط.

(ب) عوامل القدرة والأداء مثل الذكاء العام والسهولة اللفظية.

(جـ) عوامل المنبه مثل اللون والحجم والمضمون والتظليل.

(د) الأنماط الاستجابية مثل السرعة والدقة والانصياع.

(٦) المعنى الذى يضيفه المفحوص على موقف الاختبار يؤثر فى أنماط الاستجابة وتحديدها، وفى تحديد الحالات الانفعالية.

(٧) يتأثر موقف الاختبار بعوامل مثل:

(أ) العلاقة بين الفاحص والمفحوص وهى تتأثر بدورها بشخصية الفاحص.

(ب) الموقف الفيزيقى الذى يطبق فيه الاختبار.

(جـ) خبرات الحياة التى تعرض لها المفحوص فى الماضى.

(د) خبرات المفحوص بالاختبارات السيكولوجية.

(هـ) العوامل الإجرائية المختلفة مثل تعليمات الاختبار.

(٨) الجماعات التى ينتمى إليها الفرد (الطبع - العنصر - الثقافة) تؤثر فى تفسيره لموقف الاختبار وفى أدائه.

(٩) الاستجابات التى تختلف اختلافًا ملحوظًا عن الاستجابات التى يعطيها نفس الشخص فى مواقف مشابهة تكون دلالاتها أهم من دلالات الاستجابات النمطية بالنسبة له.

(١٠) الاستجابات التى تستثار من منبهات مختلفة، يغلب أن تعكس جوانب هامة من الشخصية.



الاختبار ونظرية التحليل النفسي:

يعد اختبار تفهم الموضوع من الاختبارات التى تستند إلى نظرية التحليل النفسى كما هو وسيلة لفحص ديناميات الشخصية فى علاقتها الاجتماعية والأسرية.

ومن مفاهيم فرويد التى يعتمد عليها هذا الاختبار:

١- **اللا شعور**: يستند الاختبار على أنه توجد نزعات لا شعورية لدى الفرد لا يمكنه الإفصاح عنها بطريقة مباشرة لأنه لا يعرفها.

٢- **الكبت**: وهو خبرات لا شعورية ويمكن أن تخرج إلى مستوى الشعور لولا وجود (القوى الكابتة) التى تحول دون ظهورها.

٣- **الإسقاط**: وهذا الاختبار إسقاطى ويعتمد على العمليات النفسية للإسقاط وقد يظهر أحيانًا فى المجالات التى لا يوجد بها صراع.

٤- **التوحد**: توحد المفحوص مع أحد شخصيات القصة التى يصفها ويمثل هذا وسيلة لخروج الرغبات والحفزات المكبوتة.

٥- **الإزاحة**: ويظهر فى صورة إزاحة الميول والمشاعر التى تتعرض لكبت شديد إلى موضوعات أخرى تافهة وبعيدة.

٦- **الطرح ومقابل الطرح**: ويعبر على أن العلاقة بين فردين إنما هى علاقة ذاتية. واستخدام الطرح ومقابله مهم جدًا فى أى موقف إنسانى.

الدلالة النفسية لرسوم الأطفال:

يتضح من أدبيات البحث فى مجال رسوم الأطفال وتطورها أن هذا التطور تحكمه إلى حد كبير خصائص الارتقاء العقلى بدءًا من ظهور قدرة الطفل على التآذر الحركى البصرى والتحكم فى القلم، فيبدأ فى عمل خطوط عشوائية، ومتعرجة حتى يتمكن من الدوائر والمربعات ثم نقل خصائص الشكل الإنسانى منتهيًا إلى مهارة التعبير عن النسب والأحجام والحركة مضيفًا التفاصيل إلى الملابس والوضع والتعبير.



ويرى (صفوت فرج) أن سلوك الرسم مثله فى ذلك مثل كل أشكال الأداء النفسى لا تحكمه العوامل المعرفية، والارتقاء العقلى وحدهم ولكن هناك عددًا غير محدود من العوامل النفسية غير العقلية nonintellectual تتدخل بصورة أو بأخرى فى رسم الطفل، سواء فى اهتمامه بالتفاصيل من عدمه، أو شغفه بالرسم ومقداره أو دوافعه للرسم أو مشكلاته الانفعالية، ومقدار توافقه الاجتماعى، وصراعاته واحتياجاته ورغباته الدفينة التى تلعب دور المنبه الذى يتيح حرية التعبير عن مثل هذه العوامل.

وهذا يعنى أن الشخص القائم بالرسم يسقط ما بداخله من مشاعر وأحاسيس ومفهوم عن ذاته وعن الآخر حينما يقوم برسم الشكل الإنسانى.

ولعل أهم الدلالات النفسية المرتبطة برسوم الشكل الإنسانى هى تلك المتعلقة بالتفاصيل، والنسب، والمنظور فإذا ما ظهر خروج عن المألوف فى تناول أى منها فإن ذلك يعد له دلالة خاصة ترتبط بالشخص القائم بالرسم.

أولاً: التفاصيل Details:

من خلال البحوث السابقة وجد أن الأطفال فى حداثة سنهم لا يميلون إلى تسجيل كل التفاصيل المطلوبة، بينما يتدرجون فى تسجيلها كلما تقدموا فى السن، كما أنهم يسجلون التفاصيل ذات الأحجام الكبيرة قبل تسجيلهم للتفاصيل ذات الأحجام الصغيرة.

أهم النقاط التحليلية المتصلة بالتفاصيل هى:

١- **تسلسل التفاصيل:** من خلال البحوث السابقة وُجد أن الطفل حين يبدأ برسم الشكل الإنسانى يبدأ بالرأس يرسم فيها عينين ويضيف إليها ذراعين، ورجلين ثم حين يزداد تفطنه لجسم الإنسان يبدأ فى رسم الجذع ثم تزداد التفاصيل وتصبح أكثر واقعيّة، فيبدأ فى إدراك العلاقة النسبية، فيدرك العلاقة بين طول الذراعين والرجلين، وطول الجذع والعلاقة بين حجم الرأس وباقى الجسم، ثم يفطن إلى العلاقة المكانية فيلصق الذراعين والساقين إلى الجذع بدلاً من الرأس.



العلاقات بين التفاصيل والنسب والمنظور:

من خلال العرض السابق لتسلسل التفاصيل نجد أن:

(أ) المقـارنة بين التـفاصـيل والنسب والمنظور تعطى مـعلومـات عن النضج العقلى وذلك لأن التفاصيل تأتى فى مراحل النمو أولاً ثم تليها النسب، فالمنظور، ولذلك فمن المتوقع أن يحصل ضعيف العقل على درجة تفاصيل مرتفعة نسبيًا، ثم درجة نسب أقل منها، ثم درجة منظور أقل من كليهـما، وهذا هو عادة ما يحدث فعلاً.

فإذا كانت درجة المنظور عاليـة دل ذلك على أن المفحوص كان فى وقت من الأوقات أذكى مما هو عليه الآن، ويحتمل أنه لم يكن ضعيفًا للعقل حتى إذا كانت درجة كل التفاصيل والنسب منخفضة.

(ب) ويمكن أيضًا عن طريق المقـارنة بين التفاصيل والنسب والمنظور مـعرفة شىء عن احتمالية اضطراب الشخصية.

وذلك لأن النمـو العادى تأتى فـيه التـفـاصيل أولاً ثم العـلاقات النسـبيـة فالمكانية، ولذلك فإن لنا أن نفترض أن اضطراب الشـخصية يمكن أن يستدل عليه بهبوط درجة المنظور.

٢- **كمية التفاصيل**: يرى Handler أن التفاصيل الأساسية لجسم الإنسان هى الرأس، الأذرع، اليد، الأرجل، الأقدام، الجذع، العنق، الشـعر، ملامح الوجه، وتشمل: عينان، أنف، فم، أذنان، حواجب العين.

ويضيف «خضر» ثلاثـة تفاصيل أساسية أخرى لهـا دلالتها فى رسم الشكل الإنسانى وهى: الذقن، الأصابع، الأكتاف.

ويقصـد بالتفـاصيل غـير الأسـاسيـة الملابس ومتـعلقاتهـا فى رسم الشكل الإنسانى، ورغم ذلك فإنـها تفاصيل مطلوبة وعدم وجـودها فى رسم الشخص له دلالته.



أهم الدلالات الخاصة بالتفاصيل:

- **قلة التفاصيل:** وهى رسم عدد غير كاف من التفاصيل، يدل على نزعة المفحوص إلى الانزواء.

- **كثرة التفاصيل:** وهى إظهار عدد كبير جداً من التفاصيل، يدل على الاهتمام الزائد بالبيئة ككل.

- **عدد قطع الملابس:** رسم قطعتين من الملابس غير الشفافة تميز رسوم الأطفال المتوافقين، بينما يميل الأطفال سيئو التوافق إلى حذف الملابس من رسم الشخص.

- **رسم تفاصيل غير أساسية:** يدل على التوافق.

٣- ملاءمة التفاصيل:

تظهر العديد من التفاصيل فى رسم شكل الإنسان منها الأساسى (أجزاء الجسم)، وغير الأساسى ومطلوب (الملابس ومتعلقاتها) ومنها ما هو غير مطلوب (الأشجار، الأدوات).

أولاً: مدى الاهتمام بالملابس:

فيما يتعلق بالملابس، وجد أن معظم الرسوم تتضمن ملابس تغطى معظم الجسم فى الشكل المرسوم وهى إن كانت من التفاصيل غير الأساسية ولكنها مطلوبة فى الرسم، وإذا حذفت من الرسم فإن ذلك يعد دليلاً على سوء التوافق ويشمل الرسم النمطى لملابس الشكل الإنسانى على الفستان، الجونلة، البنطلون، القميص، الجاكيت، الحزام... إلخ.

ولعل أهم عنصرين لهما دلالتهما فيما يتعلق بمدى اهتمام الأطفال بالملابس هما الأزرار والجيوب.

الأزرار: والتأكيد عليهما فى الرسم يكون عادة ميلاً للاعتمادية (اتكالية) وشعوراً بالعجز، ويظهر هذا التأكيد لدى الأطفال أكثر من البالغين.

وتشير الأزرار الكثيرة فى رسوم الأطفال إلى اعتماد قوى على الأم.



وتؤكد «ماكوفر» أن التأكيد على الأزرار من خلال التظليل والضغط المبالغ فيه والوضع الشاذ أو غير المناسب للشكل الإنسانى المرسوم يظهر أكثر فى رسوم الأطفال الذكور.

الجيوب: مثلها مثل الأزرار تظهر لدى الأطفال أكثر منه لدى البالغين ولدى الذكور أكثر منه لدى الإناث ويمكن للجيوب أن تكون مكانًا لإخفاء العدائية أو النشاط الاستمنائى أو للحفاظ على الممتلكات الخاصة.

ويشير رسم الجيوب فى مواضع الثديين إلى حرمان فمى وعاطفى إلى حاجة اعتمادية، وقد يعبر أيضًا عن توحد جنسى سيكولوجى مع الأم. وعادة ما يكون رسم الأذرع هزيلة قصيرة للغاية مما يؤكد الاعتمادية على الأم.

ثانيًا: مدى الاهتمام بالتفاصيل غير المطلوبة:

وذلك عندما يرسم المفحوص تفاصيل غير مطلوبة مثل الأشجار والحيوانات أو الطيور... إلخ، ضمن رسمه لوحدة رسم الشخص وهذه التفاصيل ليس لها ارتباط مباشر بالشكل الإنسانى المرسوم غير أنها تعكس اهتمام المفحوص بالبيئة، ويرى البعض أن هذا يدل على التوافق والنجاح فى التفاعل مع البيئة والقدرة على السيطرة عليها.

رهناك تفاصيل أخرى غير مطلوبة ولكنها ذات علاقة مباشرة بالشكل الإنسانى مثل حقيبة المدرسة، لعبة... إلخ.

ومن التفاصيل غير المطلوبة وتظهر فى رسم الشكل الإنسانى خاصة لدى الأطفال صغار السن «السرة» حيث وجد أن الأطفال فى سن الرابعة والخامسة يظهرون «السرة» فى منتصف جسم شكل الإنسان وتدل على ارتباط الطفل بالأم واعتماده عليها.

تأكيد التفاصيل:

يلجأ كثير من المفحوصين إلى تأكيد تفاصيل معينة أثناء رسمهم للشكل الإنسانى، وهذا التأكيد يتم بشكل ظاهر أو مباشر عن طريق التظليل Shading أو بشكل خفى من خلال المحو Erasure والحذف Omit.



فالتظليل Shading يعتبر دليلاً على القلق والشخبطة العنيفة تعبر عن العدوان. وقد ظهر من دراسة «عادل خضر» أن الأطفال المتوافقين يميلون إلى تظليل رسم الشكل الإنسانى ولكن بطريقة تضيف ناحية جمالية للشكل، وهذا يعد مظهراً إيجابيًا ويختلف عن التعتيم الذى يأتى على رسم الشكل بأكمله بخطوط مشطبة تفتقد الجمال الفنى وهذا يعد مظهرًا سلبيًا يرتبط بالشخصية المضطربة انفعاليًا.

ويرى كل من (Davis and Hoopes) أن تظليل الفم حتى ولو بدرجة كثيفة لا يعد دليلاً على القلق لدى الطفل ولكنه بالأحرى محاولة لرسم أكثر مهارة.

المحو Erasure ويدل على الشك والصراع غير المحسوم الذى لا يهدأ ويرتبط بالقلق لدى المفحوصين الكبار، ونادرًا ما يلجأ الأطفال الصغار إلى المحو.

الحذف Omit يرى (Hammer) أن حذف أى جزء من الشكل الإنسانى، ربما يوحى بوجود صراع يتعلق بالجزء المحذوف.

وقد وجد من الدراسات أن الأطفال سيئى التوافق وذوى المشكلات الانفعالية يميلون إلى حذف أجزاء من الجسم خاصة الفم والأذرع والأيدى والعنق بشكل دال إحصائيًا عنه لدى الأطفال جيدى التوافق.

ثانيًا: النسب: Proportion

الطفل قد يعبر فى رسوماته عن الأشياء التى تثير اهتماماته بصفة خاصة، فطفل الخامسة يرسم رأسًا كبيرة الحجم تعبيرًا عن أوجاع الرأس، ولكونه لا يدرك النسب فيرسم أباه أكبر من حجم الشجرة أو يرسم وردة أكبر من المنزل؛ لأن نقاط ارتكازه ليست كما هى لدى الراشد، كذلك تأخذ النسب عند الطفل معنًى عاطفيًا، فالطفل يركز على الشىء الذى يثير اهتمامه ويهمل باقى الأشياء، ومع تقدم السن تصبح النسب بين مختلف الأجزاء أكثر واقعية.

وقد وُجد من خلال العديد من الدراسات أن رسم الطفل للشكل الإنسانى يتم بشكل غير واقعى وهذا يدل على الاضطراب الانفعالى، وذلك عندما تكون النسب غير واقعية أو تكون الأجزاء غير متصلة بالجسم.



حجم الشخص المرسوم إلى صفحة الرسم:

حينما يشغل جزءًا صغيرًا جدًا من الصفحة يدل على شعور المفحوص بنقص الكفاءة أو نزعة إلى الانزواء من البيئة وانخفاض تقدير الذات والقلق والميول الاكتئابية والاعتمادية، وعندما يشغل جزءًا كبيرًا من الصفحة يدل على الشعور بالإحباط والتوتر الشديد والشعور بالعجز عن الحركة.

ويدل المبالغة فى رسم الشخص أيضًا على العدوانية، كما يدل على سوء التوافق.

الدلالات الخاصة بأعضاء الجسم:

أولاً: الرأس: Head

يرى البعض أن الأطفال سيئى التوافق يرسمون حجم الرأس مبالغًا فى الكبر أو الصغر بالنسبة للجذع، ويرسمون حجم الشعر مبالغًا فى الكبر أو الصغر بالنسبة للرأس.

ويرى البعض أن صغار الأطفال يرسمون الرأس بحجم كبير فى الوقت الذى يعطون فيه الجسم توكيدًا ضئيلاً.

كما تظهر المبالغة فى حجم الرأس لدى الأطفال الذين يعتمدون على غيرهم بصورة زائدة، حيث إن الرأس هى المركز الرئيسى للاتصال الاجتماعى، والاعتماد على الغير.

ملامح الوجه:

يشكل الوجه أهمية ودلالة خاصة فى الرسم بصفة عامة وفى رسوم الأطفال بصفة خاصة. فالطفل إذا ما رفض رسم الوجه يمكننا التفكير فى وجود حالة عدم التكيف لديه، ويرتبط تصوير الحركة فى الوجه الإنسانى لدى الأطفال إما بعوامل عاطفية مزاجية أو بعوامل فكرية ومهارة مبدعة.

ويرى البعض أن عملية رسم الوجوه فى حالة السكون أو الحركة توضح شخصية الطفل بشكل إجمالى، فالطفل الذى يرسم الوجوه فى حالة الحركة منفتحًا بشكل عام، ونشطًا، ويمتلك ذكاءً جيدًا.



وغالبًا فإن صغار الأطفال والأطفال الانطوائيين والعدوانيين وغير المتوافقين يرسمون وجوهًا متصلبة.

ويرى البعض أن الأطفال المتوافقين يرسمون حجم ملامح الوجه مناسبًا للجسم فى حين يميل الأطفال سيئو التوافق إلى رسم حجم ملامح الوجه مبالغ فى ضخامته بالنسبة للجسم.

الفم: The Mouth

وجد أن الأطفال المتوافقين يميلون إلى رسم حجمًا للفم مناسبًا للجسم بينما يميل سيئو التوافق والعدوانيين وكثيرى الحديث إلى رسم فم كبير الحجم وأسنان ذات حجم كبير.

بينما يرى البعض أن الأطفال سيئى التوافق يميلون إلى حذف الفم، كذلك الخجولين مما يدل على الانسحاب وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين.

العيون: The Eye

المبالغة فى رسمها فى رسوم صغار الأطفال يعد تعبيرًا عن مفهوم الطفل لأهمية هذا الجزء للشخص.

كما نجد أن الأطفال المضطرين الخاضعين لسيطرة الكبار يرسمون عيونًا كبيرة. وحذف العين من الرسم يعد دليلاً على عدم الرغبة فى الاختلاط. ورسم العين باعتبارها دوائر فارغة تظهر لدى الأطفال الصغار - ربما - كانعكاس للاعتمادية وضحالة الانفعال ونقص التمييز.

الأنف: The Nose

الأطفال المتوافقين يرسمون حجم الأنف مناسبًا للجسم فى حين يميل الأطفال سيئو التوافق إلى رسم حجم الأنف مبالغًا فى الكبر أو الصغر، وتأكيد فتحتى الأنف يدل على العدوان.



العنق: The Neck

الأطفال المتوافقين يرسمون العنق مناسبًا للجسم بينما يرسم الأطفال سيئو التوافق حجم العنق مبالغًا فى الكبر أو الصغر بالنسبة للجسم أو حذفها تمامًا.

الأذرع: The Arms

الأطفال المتوافقون يرسمون الأذرع مناسبة للجسم بينما يرسم الأطفال سيئو التوافق الأذرع قصيرة أو يحذفونها من الرسم، بينما الأطفال العدوانيون يرسمون الأذرع طويلة وموجهة نحو الآخرين.

الأيدى: The Hands

تدل الأيدى الممتدة للخارج على رغبة فى الاتصال بالبيئة أو الأشخاص الآخرين أو رغبة فى المساعدة، ورسم الأيدى طويلة يرتبط بالعدوان، وتدل الأيدى الصغيرة على مشاعر عدم الأمن وقلة الحيلة. والطفل العاجز أو المنطوى - ربما - ينسى رسم الأيدى.

الأصابع: The Fingers

الطفل العدوانى يرسم الأصابع طويلة والأطفال سيئو التوافق يرسمون الأصابع بحجم مبالغ فيه بالنسبة للجسم، والأطفال المتوافقون يقومون برسم العدد الصحيح للأصابع، وذلك على عكس الأطفال سيئى التوافق.

الأرجل: The Legs

الأطفال المتوافقون يقومون برسم نسب صحيحة للأرجل بعكس الأطفال سيئى التوافق، والأرجل المبالغ فى طولها تدل على حاجة شديدة للكفاح أو الاستقلال أو كليهما معًا.

وغالبًا ما يهمل الأطفال المرهقون أو الانطوائيون رسم الأرجل وهم يفضلون رسم الشخص فى وضع الجلوس.



الأقدام: The Feet

وترتبط القـدم الطويلة أو الضخـمة بحاجـة ملحة للأمن أو عـلى اتجاهات عدوانية وهجـومية، والقدم الصغـيرة تدل على مشاعر عـدم الأمن والانقباض أو العدوانية، ويدل حذفها لدى الأطفال على العدوانية أو الاضطراب الانفعالى.

الجذع: The Trunk

عادة يرسم الأطفـال الجذع كشكل بيضـاوى أو مستطيل، والجذع الضـعيف يدل على عدم رضا الطفل عن جسمه أو يدل على ضعف فسيولوجى عام.

وقـد لوحظ اتصال الأطراف بالـرأس مع حذف الجـذع فى رسوم الأطفـال الصغار جدًا بـحكم المرحلة النمائية، والأطفال المتوافقـون يميلون إلى رسم الجذع مناسبًا بالنسبة للجسم فى حين يميل سيئى التوافق نحو رسم الجذع مبالغًا فى الكبر أو الصغر بالنسبة للجسم.

ثالثًا: المنظور: Perspective

عن طريق اسـتخـدام المنظور قد يكـشف المفحـوص عمـا يتصل باتجـاهاته ومشاعـره نحو بيئتـه ومع من يعيش فيهـا من الناس، وكذلك عن طريق معـالجته لتلك العلاقات.

وهناك عدة نقاط لتحليل العلاقات الخاصة بالمنظور وهى:

(أ) الشكل المرسوم إلى المساحة الكلية لصحيفة الرسم:

وجد أن شخصية المفحوص تتضح من خلال السيطرة على الفراغ فى صفحة الرسم، فالطفل المنعـزل والذى يحس بالضغط الاجتماعـى كثيرًا ما تكون عـلاقته بالفراغ علاقة خوف وتردد، فيرسم فى الركن وعلى الحـافة تاركًا بقية الصفحة بلا استغلال، وهذا يختلف عن الطفل الشجاع والمتكيف اجتماعيًا، حيث يستغل فراغ الصفحة بكل جرأة.



(ب) خصائص أرباع صحيفة الرسم:

يرى «باك» أنه عندما يرسم الأطفال فى الربع العلوى الأيسـر فهذا يعبر عن القلق والنكوص، أما الربع السفلى الأيمن فهذا يعبر عن الشذوذ.

وقد وجـد كل من ((Vane and Eisen أن وضع الشكل فى أحـد الأركان يظهر فى رسوم الأطفال سيئى التوافق.

قطع حافة الصحيفة للشكل المرسوم:

عند بتر جزء من الشكل الإنسانى المرسوم بحافـة أو أكثر من صحيفة الرسم مثل بتر قدم أو قـدمين أو جزء من الرجل فيدل هذا على شعور المفـحوص بعجزه عن التحرك فى البيئة.

أوضاع الشكل المرسوم ودلالته الانفعالية:

أ - رسم شخص فى وضع بروفيلى:

وربما يدل ذلك على التـملص أو المراوغة أو كـراهية التواصـل مع الآخرين والتحفظ على العلاقة بالآخرين.

ويظهر الرسم البروفيلى بدرجـة أكبر في رسوم الأولاد عنه فى رسوم البنات وتعتبر الرسوم البـروفيلية من الناحية العقلية أكثر نضـجًا، ونادرًا جدًا ما توجد فى رسوم الأطفـال. والمراهقين الأسوياء يميلون إلـى رسم الشكل الإنسانى فى شكل بروفيلى، بينما ينزع المراهقون الجانحون إلى رسم الشكل الإنسانى مواجهًا للناظر.

ب- رسم شخص مواجهًا للناظر:

يدل ذلك على قـدرة المفـحوص على المواجـهـة أو الاجتـمـاعيـة أو الميل للاستعراض وترسم الأشكال الأنثوية التى تمثل بوضوح صورة الأم عادة من منظور أمامى خاصة فى حالة المراهقين والبالغين.

جـ- رسم شخص ظهره للناظر:

وهذا يوضح تردد المفحوص فى مواجهة البيئة ورغبته فى الانزواء.



د- الشفافية: **Transparency**

وهى تعتبر شيئًا عاديًا فى رسـوم الأطفال الصغار، حيث يكون فى رسومهم العديد من المناطق الشفافـة، وذلك لأن الطفل لا ينقل الواقع بل يصوره، فالطفل يرسم ما يعـرفه وليس ما يراه، فـيرسم الملابس التى تشف عما تحتهـا، أو حتى الشعر الذى يظهر من خلال القبعة.

كما أن الأطفـال الذين لديهم مشكلات سلوكيـة، يميلون إلى رسم أشكال تظهر فيها الشفافية بدرجة أكثر من الأطفال جيدى التوافق.

كما أن الأطفال المضطربين، ومرضى البوال تظهر لديهم الشفافية فى الرسوم بعكس الأطفال الأسوياء.

العلاقة المكانية لأعضاء جسم الشخص المرسوم:

صغـار الأطفال والمرضى العـقليين قد يفـشلون فى رسم أعضـاء الجسم فى علاقتها المكانيـة الصحيحة بالنسبة للشخص المرسوم، كمـا يرسم الجانحون أعضاء الجسم فى غـير أماكنهـا المألوفة، حيث يرسمـون الجذع ملتصـقًا بالرأس والأذرع تخرج من الرأس أو العنق.

الحركة: **Movement**

وهى أكثر شيوعًا فى رسوم الأولاد قبل سن المراهقة، حيث يرسم الشخص وهو يأخـذ شيئًـا أو يعطى شيـئًا أو يسلم أو يقـابل وتظهر البـنات إيثارًا واضـحًا للأشكال التى تبدو فى حالة استعراضية.

كما أن رسم الأطفال الموهوبين يتضمن حـركة، حيث يرسمون أفرادًا تمشى أو تجرى، وكلابًا تقـفز، وطيورًا تطير، وأشـجارًا تتمايل، وما شـابه ذلك، بينما وجد أن أقل عناصر الحركة إنما تتضح فى رسوم الأطفال المتخلفين عقليًا.

رابعًا: الدلالات الرمزية للألوان:

ليست الرموز واحدة فى كل زمان ومكان، سواء كان ذلك فى الرسم بالقلم الرصاص، أو بالألوان، ولكن كلما زاد الانحراف عن المألوف فى استخدام اللون،



زاد الاحتمال فى أن يكون لهذا اللون معنًى رمزى خاص. ويبدو نتيجة لبعض الدراسات العملية أن بعض الألوان يكون لها غالبًا معانى معينة، ولكن لم يتأكد ذلك بعد بدرجة كافية.

وفيما يلى بعض المعانى التى نقدمها كفرضيات لا كقواعد جامدة:

أ - الأحمر: يبدو أنه يتضمن حرارة، وإثارة حسية، وقد أطلق عليه البعض (اللون الشهوى)، وهو يكون - فى حالات كثيرة - أصعب الألوان بالنسبة للمفحوص الذى يعانى من اضطراب شخصيته، والأحمر البرتقالى يدل على قوة الإرادة، النشاط، المنافسة، عدوانية.

ب- الأسود: يبدو أنه أدعى الألوان للاكتئاب والكبت، (ويحتمل النكوص)، وأكثر تعبيرًا عنها، كما يمثل نكران الذات والاستسلام.

جـ- الأخضر: يبدو أنه اللون الذى يشعر الفرد بالأمن، أو على الأقل بالتحرر النسبى من التهديد، وحيث إن اللون الأخضر ينتشر بكثرة فى الطبيعة فإن دلالته عادة ضئيلة.

د - الأزرق: يبدو أنه يتضمن أمرين:

١- الاهتمام بالضبط.   ٢- الاهتمام بالوقاية.

هـ- البنى: وهو اللون الثانى فى الترتيب من حيث انتشار استخدامه بواسطة الأفراد الذين يحاولون غالبًا تجنب اللون، والتظليل باللون البنى (إذا لم يكن مألوفًا) فإنه يتضمن دفاعية واستجابة غير ناضجة للمؤثرات الانفعالية.

و - الأصفر: ويندر استخدامه، ويظهر أنه يجمع بين العدوانية والإثارة الحسية، كما يبدو أنه يتضمن، فى معظم الأحيان، اتجاهات شديدة التناقض، وهو اللون المفضل فى التعبير عن العدوان، كما أنه اللون المفضل من الأطفال فى بداية اشتغالهم بالرسم.

ز - القرمزى: وهو أقل الألوان استخدامًا، ورغم ذلك فإن دلالته أكثر الدلالات ثباتًا، وهى الحاجة إلى القوة، ولا يستعمل إطلاقاً فى الحالات السوية.



وقد وجد (باك) أن اللون القرمزى هو اللون المفضل من جانب من يتسمون بسمات شبيهة بالبارانويا.

ويمكن القول بإيجاز أن البحوث يبدو أنها تتفق على أن اللونين الأحمر والأصفر يعبران عن التلقائية، والأزرق والأخضر عن السلوك المضبوط، والأسود والبنى أكثر شيوعًا فى حالات الكف والكبت، وربما النكوص.

وقد يكون للجمع بين لونين أو أكثر دلالة إكلينيكية معينة، فقد يكون الجمع بين اللونين الأزرق والأسود فى رسم الشخص دليلاً على الفصام.





المراجع



أولاً: المراجع العربية:

- أحـمـد عـبـد الخـالق (١٩٩٠): أسس علم النـفس، الإسكندرية، دار المعرفة.
- أحمد عـزت راجح (١٩٦٥): الأمراض النفسية والعـقلية، القاهرة، دار المعارف.
- أحمـد عزت راجح (١٩٦٦): أصـول علم النفس، الإسكندرية، مكتـبة الشاعر.
- أرنولد جيزل (١٩٧٠): ترجمة عبد العزيز جاويش، الحضين والطفل فى ثقافة اليوم، القاهرة، دار الكرنك للطباعة.
- توما الخورى (١٩٩٦): الشخصية مفهومـها - سلوكها وعلاقتها بالتعلم، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- جلاس توم (١٩٥٣): ترجـمة أسعد رمـزى، مشكلات الطفل اليومـية، القاهرة، دار المعارف.
- حامد زهران (١٩٨٩): قاموس علم النفس، القاهرة: عالم الكتب.
- رمضـان محمد القـذافى (١٩٩٣): الشخصيـة: نظرياتها، اختبـاراتها، أساليب قياسها، بنغازى، دار الكتب الوطنية.
- ريتشارد لازاروس، ترجمة سيد محمد غنيم (١٩٨٤): الشخصية، ط٢، القاهرة، دار الشروق.
- سعد جلال (١٩٧٨): المرجع فى علم النفس، القاهرة، دار المعارف.
- سناء نصـر (٢٠٠٥): رسوم الأطفـال ودلالاتها فى التـعبيـر عن الذات والآخر لدى أطفال ما قبل المدرسة (٤-٦) سنوات، مؤتمر الطفل العربى، كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة.



- سيد محمد غنيم (١٩٧٣): سيكولوجية الشخصية، محدداتها، قياسها، نظرياتها، القاهرة، دار النهضة العربية.
- صفوت فرج (١٩٩٢): الذكاء ورسوم الأطفال، القاهرة، دار الثقافة.
- عادل عز الدين الأشول (١٩٧٨): سيكولوجية الشخصية، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- عبد الحميد محمد شاذلى (١٩٩٩): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الإسكندرية، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر.
- عثمان لبيب فرج (١٩٧٠): أضواء على الشخصية والصحة العقلية، القاهرة، النهضة العربية.
- عزيز حنا داود وآخرون (١٩٩١): الشخصية بين السواء والمرض، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- علاء الدين كفافى (١٩٩٧): الصحة النفسية، القاهرة، هجر للطباعة والنشر.
- عوض القرنى (٢٠٠١): حتى لا تكون كلاً، جدة، دار الأندلس الخضراء.
- فرج عبد القادر وآخرون (١٩٨٩): علم النفس والتحليل النفسى، دار النهضة العربية، بيروت.
- لويس كامل مليكة (١٩٩٠): دراسات الشخصية عن طريق الرسم، الكويت، دار القلم.
- محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨): نظريات الشخصية، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر.
- محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٥٩): الشخصية والعلاج النفسى، القاهرة، النهضة المصرية.



- محمود محمد الزينى (١٩٧٤): سيكولوجية الشخصية بين النظرية والتطبيق، القاهرة، دار المعارف.
- مصطفى فهمى (١٩٨٠): علم النفس الإكلينيكى، بيروت، دار الهلال.
- مصطفى فهمى (١٩٨٥): التكيف النفسى، القاهرة، مكتبة مصر.
- نجيب إسكندر (١٩٥٩): الاتجاهات الوالدية فى تنشئة الطفل، القاهرة، دار المعارف.
- هدى محمد قناوى (١٩٨٧): سيكولوجية المسنين، القاهرة، مركز التنمية البشرية والمعلومات.
- وليم منجز (١٩٦٦): ترجمة محمد أحمد غالى، أضواء الطب النفسى على الشخصية والسلوك، القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة.
- وول (١٩٦٥): ترجمة إبراهيم حافظ، التربية والصحة النفسية، القاهرة، دار الهلال.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Alloy, L.; Jacobson, N. And Acocelle, J. (1999): Abnormal Psycholo gy, Current Perspectives. Boston: McGraw-Hill College.
- Atkinson, R. And Richard, D. (1992): Introduction to psychology. New York: Harcourt Brace.
- Beck, A. And Freeman, A. (1993): Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York: The Guilford Press.
- Harper, B. (1997): Social Psychology. New York: Uni. Press.
- Molina, R.; Carrasco, P.; Perez, U. And Sanchez, L. (2002): Factors associated to the diagnosis of Borderline Personality Disorder in Psychiatric outpatients. Acts Esp. Psiquiatr, 30(3): 153-159.



- Nevid, J.; Rathus, S. And Greene, B. (2000): Abnormal Psychology in Changing world. New Jersey: Prentice Hall Press, 4th ed.

- Paris, J. (1994): Borderline Personality Disorder, A multidimensional Approach. Washington: American Psychiatry Press, Inc.

- Rathbun, J. (2003): Borderline Personality Disorder. www.aboitebehavioralhealth.com/bpd.htm. copywrite on 2003.

ثالثا: مواقع إلكترونية:

- www.alazaherah.com//

- http://www.islamonline.net

- http://www.annabaa.org/nba54/shakhsia.htm

- www.callforall.net//

- http://www.elazayem.com

- http://www.kuwait25.com/ab7ath/print.php?tales_id=508

- http://www.4uarab.com/vb/showthread.php?t=41292.

- www.earlychildhood.com.eg/

- www.mayoclinic.com

- www.islamset.com/arabic/ahip/psycho/abugida.html

- http://www.kids-psychology.com/personbefor/pb5.htm

- http://www.eshraka.com/ar/
modules.php?name=Newsandfile=articleandsid=1156

- http://albalsem.info/drali/Obsessivecompulsivedisorde.ht

- www.bab.com

http://mouwasat.org/maqalat.php?do=show_subject&ID=19

